



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA COSTA DEL SOL

INFORME SITUACION MUNICIPAL EN SALUD

MUNICIPIO DE ESTEPONA

DICIEMBRE 2021



UNIDAD DE PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD (EPIDEMIOLOGIA) Pág. 6-87

E-mail: epidemiologia.dcs.sspa@juntadeandalucia.es

UNIDAD DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Pág. 88-162

UNIDAD DE PROTECCION DE LA SALUD. Pág. 163-168

E-mail: usaysa.dcs.sspa@juntadeandalucia.es

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN – JUSTIFICACIÓN	Pág. 6
---	--------

Bloque I: ÁMBITO SOCIODEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO DE ESTEPONA	Pág. 7
--	--------

A. CARACTERÍSTICAS E INDICADORES SOCIO - DEMOGRAFICOS

- PIRAMIDE DE POBLACION y Evolución de la población.
- Movimiento natural de la población.
- Movimiento natural de la población de Estepona.
- Dependencia.
- Índice de envejecimiento municipal.
- Índice de reemplazo.
- Nacimientos, defunciones, crecimiento vegetativo y población de Estepona durante el período 2015-2019
- Tasa bruta de natalidad.
- Tasa bruta de MORTALIDAD.
- Tasas de fecundidad.

B. CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS

- Porcentaje de desempleo. Coeficiente de Gini 2018.
- Nivel de instrucción por edad y sexo.
- Principales sectores económicos.

Bloque II: INFORME DE SALUD. METODOLOGÍA	Pág. 19
---	---------

- Unidades de análisis
- INDICADORES Y ASPECTOS SANITARIOS
- Unidades de Gestión Clínica (UGC) de ESTEPONA / Distrito de Atención Primaria Costa del Sol (DAP Costa del Sol).

Bloque III: VIGILANCIA DE LA SALUD	Pág. 23
---	---------

A. INDICADORES DE MORTALIDAD

- Esperanza de vida (EV): al nacer y 65 años.
- Tasas brutas de mortalidad (TB) y Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por el método directo (TE).
- Mortalidad por causas Estepona.
- Tasas estandarizadas por edad de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP).

B. PROBLEMAS DE SALUD NO TRANSMISIBLES

- **DIABETES.**
- **HIPERTENSIÓN.**
- **DISLIPEMIAS.**
- **PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CARDÍACA EN LA POBLACIÓN USUARIA DEL SAS:**
 - Fibrilación auricular
 - Cardiopatía isquémica
 - Insuficiencia cardiaca
- **ARTROSIS y ESPONDILOARTROSIS.**

- **ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO:**
 - EPOC
 - Asma
- **NEOPLASIAS:**
 - Melanoma de piel
 - Cáncer color rectal Estepona
 - Cáncer bronquio/pulmón por edad y sexo 2020 Andalucía y Estepona
 - Cáncer de mama en mujeres en Andalucía: incidencia, mortalidad y tendencias. Estepona.

C. OTRAS PATOLOGIAS PREVALENTES. SALUD MENTAL

- **ADICCIONES:**
 - Dependencia del Alcohol
 - Dependencia del Tabaco
 - Dependencia otras sustancias
- **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO.**
- **TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**
- **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Bloque IV Pág. 57

A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

- **ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (EDOS).**

A. PROBLEMAS DE SALUD TRANSMISIBLES:

- **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA:**
 - Evolución Tuberculosis (TBC) 2015-noviembre 2021.
 - Evolución casos de Gripe Temporada 2019-2020.
 - Evolución Enfermedad Neumocócica Invasora.
 - Evolución Legionella.
 - Evolución COVID-19 (años 2020-2021).
- **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2015-2021:**
 - Sífilis
 - Infección Gonocócica
 - Infeccion Por Chlamydia Trachomatis
 - Herpex Genital
 - Linfogranuloma Venéreo
 - Recomendaciones Abordaje Its
 - Evolución Casos De VIH/Sida de Estepona/ DSCSOI/ Andalucía: Recomendaciones HIV/sida en Andalucía 2013-2020
- **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ORO-FECAL (HEPATITIS A):**
 - Evolución Hepatitis Según Agente 2015-2021
- **ENFERMEDADES VACUNABLES:**
 - Parotiditis
 - Tosferina
 - Varicela
 - Sarampión
- **OTRAS ENFERMEDADES:**
 - Evolución Casos Meningitis Según Agente 2015-2021

Bloque V: VACUNACIONES Pág. 80

- INFANTIL y JUVENIL. Vacunaciones a menores de 2 años.
- Vacunaciones de 6 a 14 años (escolares).

Bloque VI: FACTORES DETERMINANTES DE SALUD Y ACTIVIDAD EN PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD Pág. 88

1. INFORME EN MENORES Pág. 88

A. SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTOJUVENIL:

- Magnitud del problema
- Prevalencia del exceso de peso
- Desigualdades sociales en el exceso de peso.

B. ESTILOS DE VIDA:

- **Alimentación**
- **Sedentarismo**
- **Ejercicio físico**
- **Factores relacionados:** Lactancia Materna y exceso de peso en la gestación.

C. CONDUCTA SEXUAL EN ADOLESCENTES.

D. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESARROLLADOS POR LOS CENTROS DE SALUD DE ESTEPOÑA Y LA LOBILLA:

- **Programas de Promoción de Hábitos de Vida Saludables en Centros Educativos:**
 - **“CRECIENDO EN SALUD”**
 - **“FORMA JOVEN”:**
 - Asesoría Individual
 - Educación Sanitaria Grupal
 - Perfil de temáticas consultadas por los jóvenes de Estepona en el desarrollo del Programa.
- **Plan Integral contra la Obesidad Infantil (PIOBIN):** Consejo médico e Intervención Avanzada Individual y Grupal de C.S. Estepona y La Lobilla.
- Otras actividades desarrolladas para la Promoción de Alimentación saludable y actividad física.

2. INFORME EN ADULTOS Y MAYORES Pág. 117

A. SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTOJUVENIL:

- Magnitud del problema
- Prevalencia del exceso de peso
- Desigualdades sociales en el exceso de peso.

B. ESTILOS DE VIDA:

- **Alimentación**
- **Sedentarismo**
- **Ejercicio físico**

C. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESARROLLADOS POR LOS CENTROS DE SALUD DE ESTEPONA Y LA LOBILLA:

- Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE): Intervención Avanzada Individual y Grupal de C.S. Estepona y La Lobilla.
- Otras actividades desarrolladas para la Promoción de Alimentación saludable y actividad física.

D. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA.

3. TABACO Pág. 131

A. CONSUMO DE TABACO:

- Consumo diario de tabaco y evolución (población de 15 o más años y adolescentes/jóvenes).
- Edad media de inicio de consumo.
- Consumo diario medio de cigarrillo en Andalucía.
- Tipo de producto consumido: cigarrillos convencionales, cigarrillos de liar, cachimbas, cigarrillos electrónicos.

A. ACTITUD ANTE EL TABAQUISMO: exfumadores, no fumadores, tabaquismo pasivo, motivación para dejar de fumar.

C. ATENCIÓN SANITARIA AL TABAQUISMO DE LAS UUGC DE ESTEPONA:

- Atención a personas fumadoras: Programas de deshabituación tabáquica:
 - Consejo médico,
 - Programa atención individual y grupal (Intervención Avanzada).
 - Prescripción de fármacos para deshabituación.
- Red Local de Atención al Tabaquismo del DSAP Costa del Sol y - Red Andaluza de Servicios Sanitarios y Espacios Libres de Humo (RASSELH) y pertenencia de las UGC Estepona y La Lobilla.
- Prevención del consumo de tabaco con actividades en la comunidad.

Bloque VII: INFORME DE VIOLENCIA DE GENERO (VG) DEL DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL Y CENTROS DE SALUD DE ESTEPONA Pág. 162

Bloque VIII: ÁMBITO AMBIENTAL Y ALIMENTARIO Pág.163

- CONTROL ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS.
- CONTROL DE ESTABLECIMIENTOS CON INSTALACIONES DE PROBABILIDAD DE PROLIFERACIÓN DE LEGIONELLA (SEGÚN SE ESTABLECE EN EL RD 865/2003).
- CONTROL DE AGUAS DE BAÑO.
- CONTROL DE AGUA DE CONSUMO HUMANO.

CONCLUSIONES Pág. 167

AUTORAS Pág. 181

INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN INFORME

En el año 2008 y por iniciativa del Servicio de Epidemiología y Salud Laboral de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se inicia la creación de Redes locales de Salud como parte integrante de la reforma de la Salud Pública de Andalucía. Se realiza para ello, un estudio basado en el Análisis Epidemiológico de Áreas pequeñas, realizado dentro de los objetivos del Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria de Salud (APS) del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

La Red Local de Acción en Salud de Andalucía, está formada por **municipios** que trabajan y se comprometen, por **incluir la salud en todas sus políticas** a través de la elaboración y puesta en marcha de un Plan Local de Salud.

Los municipios que se adhieren a la Red, se benefician de la experiencia previa, conocimiento y desarrollo metodológico acumulados por la Consejería de Salud y Familias. Así mismo, estos municipios, se comprometen a ejercer un liderazgo político en el proceso de mejora de la Salud en el municipio haciendo con ello que se potencie la mejora de la salud y calidad de vida de la población y de los entornos.

El nivel de desagregación de los **datos** es **municipal para indicadores sociodemográficos** y por Unidades de gestión clínica (**UGC**) **para los indicadores de atención sanitaria referidos al año/s de estudio.**

Estos estudios presentan las limitaciones metodológicas propias de cualquier análisis de áreas pequeñas, ya que, al ser el número de casos y los tamaños de población reducidos, las tasas o proporciones que se obtienen en algunos casos presentan mayor inestabilidad. Por otro lado, la recogida de datos de diversas fuentes pone también de manifiesto las deficiencias en los registros o en las formas de explotarlos en cada una de ellas. Si a estos análisis realizados en 2021, **añadimos las circunstancias adversas relacionadas con la pandemia de coronavirus, encontramos datos no actualizados de muchos indicadores, en especial mortalidad y cáncer**

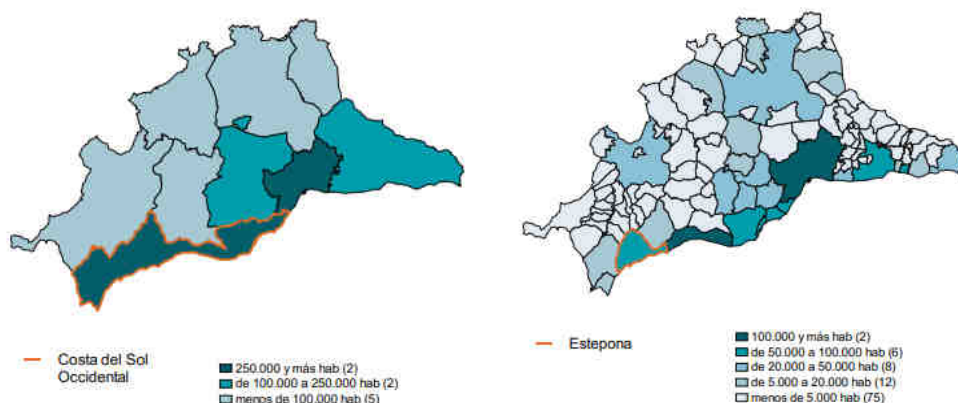
Nuestro OBJETIVO con este informe, es describir la población del área mediante una serie de indicadores demográficos, socioeconómicos, de resultados en salud y de servicios de atención sanitaria. Pretendemos, que sea una fotografía que ayude a políticos, gestores y profesionales de los servicios públicos de la comarca a identificar necesidades o deficiencias en la salud de la población o en los determinantes de la misma, y sobre la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios, lo que supondrá una importante fuente para la detección de desigualdades en salud, y a seguir profundizando en el estudio de las mismas”.

Bloque I: ÁMBITO SOCIODEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO DE ESTEPONA

A. CARACTERÍSTICAS E INDICADORES SOCIO - DEMOGRÁFICOS

Estepona es un municipio de la provincia de Málaga. Cuenta en **2020** con una **población total de 70.228 hab (48,9% hombres; 51,1% mujeres)** y una **densidad de población de 486,28 hab./km²**

Está situado en la zona suroccidental de la provincia e integrado en la **comarca de la Costa del Sol Occidental**, en la mancomunidad de municipios homónima y en el partido judicial que lleva su nombre.



La ciudad de Estepona está **situada a unos 82 km de Málaga y a 48 km de Algeciras**. Su término municipal limita al norte con los municipios de Jubrique y Júzcar, al noreste con el municipio de Benahavís, al este con el municipio de Marbella, al sureste y al sur con el mar Mediterráneo, al suroeste y oeste con Casares y al noroeste con el municipio de Genalguacil.

El término municipal tiene una superficie de 137,5 km² que se extienden a lo largo de 23 km de litoral y se adentran hacia el interior abarcando Sierra Bermeja, que alcanza los 1449 msnm en el pico de Los Reales. Las zonas de llanura están ocupadas por cultivos y pasto. En el litoral, destacan sus playas de la Rada, del Cristo, de Bahía Dorada, de la Galera, del Padrón, del río El Castor y la de Costa Natura.

Su **clima es mediterráneo**.

Núcleos de población: El municipio cuenta con **17 núcleos de población:** Atalaya-Isdabe, Bahía Dorada, Buenas Noches, Cancelada, Cortes, Estepona, La Gaspara, Loma del Monte, Los Llanos, El Padrón, Playa del Sol-Villacana, Reinoso, Resinera-Voladilla, Saladavieja, Saladillo-Benamara y El Velerín.

Administración judicial: Estepona es la **cabeza del partido judicial número 7 de la provincia de Málaga**, cuya demarcación comprende a la ciudad más los municipios de Casares y Manilva, atendiendo a una población de unos 85 000 habitantes en seis juzgados de primera instancia e instrucción.

Economía: A diferencia de otros municipios de la Costa de Sol Occidental, Estepona cuenta **con producción hortofrutícola**. La Cooperativa Agrícola de Estepona cuenta con 600 socios para la producción de hortalizas y especialmente, limones y desde algunos años aguacate. Las **capturas de pesca** más habituales son la sardina o el boquerón y la almeja chirra. **Actualmente**, su economía está basada en dos pilares, el del **turismo residencial**, que desde los años 80 ha hecho crecer la ciudad y **la construcción**.

Ayuntamiento:

Calle del Puerto, 2 – 29680 Estepona. Málaga

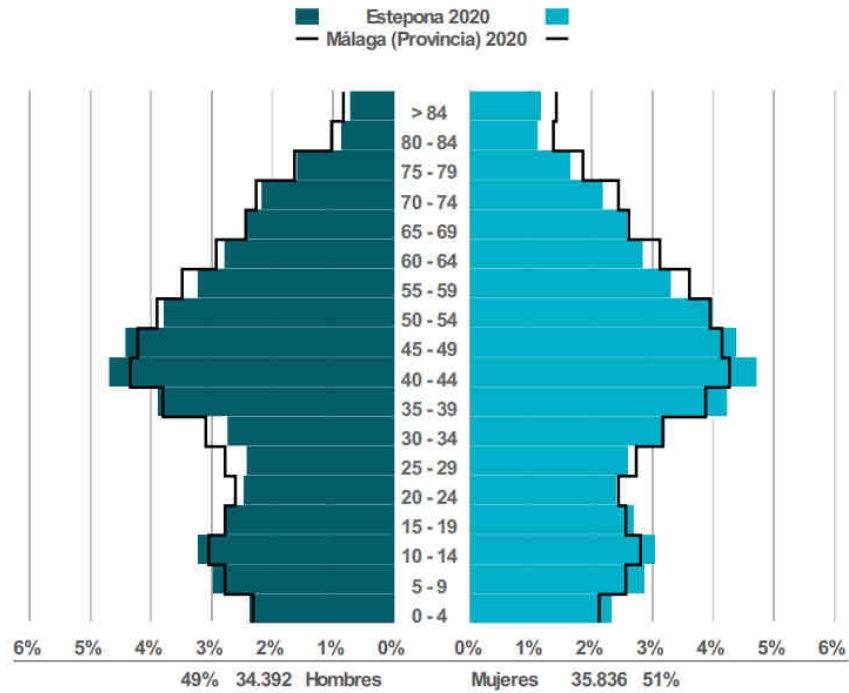
Teléfono: 952 80 90 00. Fax: 952 79 02 54

Email: alcaldia@estepona.es <https://ayuntamiento.estepona.es/>

Alcalde: Excmo. Sr. D. José María García Urbano.

- **PIRAMIDE DE POBLACION y Evolución de la población**

El mejor modo de visualizar la distribución por sexo y edad de una población es, la pirámide de población. Una pirámide es un doble histograma que permite, con un solo golpe de vista, hacerse una idea clara no sólo acerca de las características generales de la población (joven, envejecida, con algún desequilibrio en función del sexo) sino también sobre particularidades específicas que remiten a algún acontecimiento concreto concerniente a la población objeto de estudio. La estructura de la **población de Estepona en el año 2020** se ha representado mediante su **pirámide poblacional** en referencia a la provincial de características muy similares



La pirámide de Estepona, tiene valores relativos muy bajos de fecundidad y mortalidad. Presenta porcentajes de población, menor a 15 años, inferiores al 25%, mientras que aproximadamente más del 15% de la población, es mayor de 65 años.

Se representa en tabla adjunta la **población por Grandes grupos y sexo**, siendo la **edad media de la población de Estepona por sexo (padrón 2020) de 40,7 en hombres; 41,8 en mujeres y para Ambos sexos de 41,3.**

Grupo Edad Estepona. Año 2020	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%
De 0 a 14 años	5956	17,3	5746	16,0	11702	16,7
De 15 a 29 años	5312	15,4	5375	15,0	10687	15,2
De 30 a 44 años	7880	22,9	8515	23,8	16395	23,3
De 45 a 64 años	9892	28,8	10154	28,3	20046	28,5
De 65 y más años	5352	15,6	6046	16,9	11398	16,2
TOTAL	34392	100	35836	100	70228	100

La **población por quinquenios y sexo** sería la siguiente:

Población de Estepona por sexo y edad 2020 (grupos quinquenales)			
Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-5	1.641	1.620	3.261
5-10	2.065	2.000	4.065
10-15	2.250	2.126	4.376
15-20	1.917	1.881	3.798
20-25	1.719	1.671	3.390
25-30	1.676	1.823	3.499
30-35	1.898	2.250	4.148
35-40	2.704	2.955	5.659
40-45	3.278	3.310	6.588
45-50	3.081	3.070	6.151
50-55	2.636	2.792	5.428
55-60	2.245	2.304	4.549
60-65	1.930	1.988	3.918
65-70	1.696	1.791	3.487
70-75	1.513	1.532	3.045
75-80	1.093	1.143	2.236
80-85	575	774	1.349
85-	475	806	1.281
Total	34.392	35.836	70.228

En líneas generales y en función de los grupos de edad seleccionados, se observa en **todas las cohortes. que el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres, sobre todo en las últimas etapas de la vida**, debido a la mayor esperanza de vida de la población femenina

Porcentaje de población menor de 18 años por distritos municipales de Estepona (1,2,3)



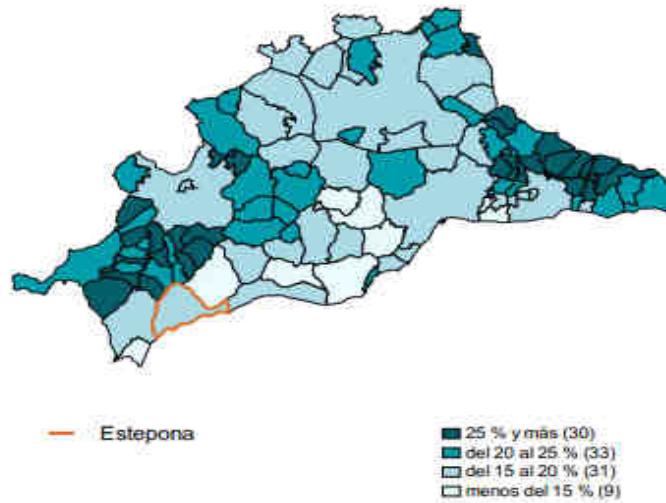
Porcentaje de población de 65 y más años por distritos (1,2,3)



Se aprecia, un **porcentaje menor, de mayores de 64 años** en Estepona (16,2 %) con **respecto a la media comarcal de 20,5 %** y **prácticamente similar respecto a la provincial que es de un 17,5 %**.

Porcentaje de población mayor de 64 años

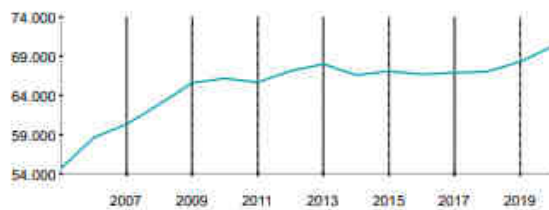
% Población mayor de 64 años en el municipio	16,2 %
% Población mayor de 64 años en la provincia	17,5 %



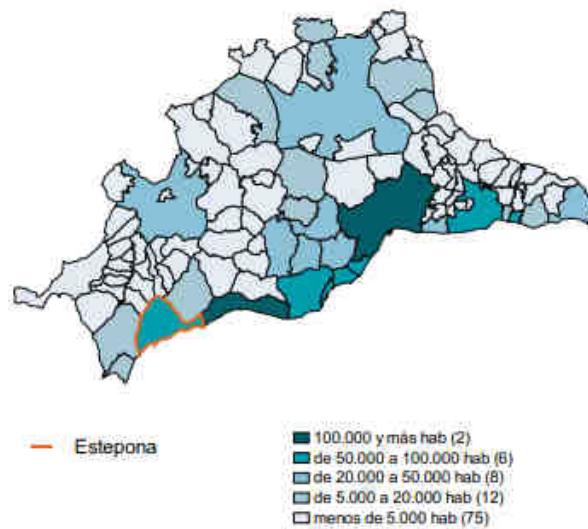
El aspecto demográfico más característico del municipio ha sido el rápido crecimiento que se dió a lo largo del siglo XX, siendo el **incremento porcentual de la población de Estepona en los últimos 10 años (2011-2020) del 7.6 %**.

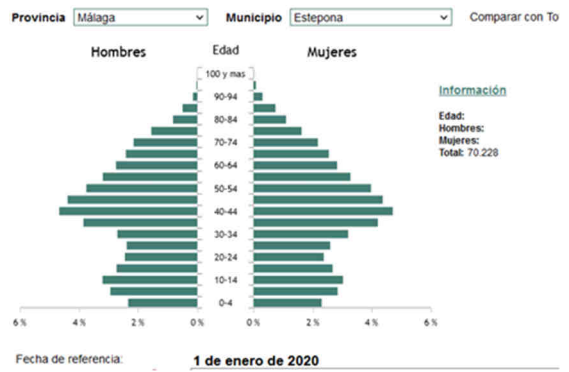
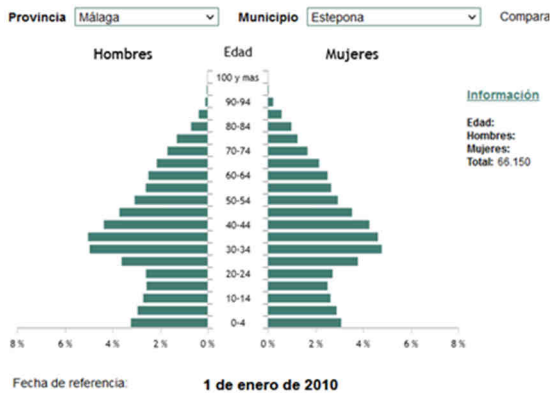
Evolución de la población

Año	Hombres	Mujeres	Total
2011	32.716	32.951	65.667
2012	33.465	33.636	67.101
2013	33.849	34.137	67.986
2014	33.092	33.474	66.566
2015	33.234	33.846	67.080
2016	32.955	33.728	66.683
2017	32.956	33.907	66.863
2018	32.918	34.094	67.012
2019	33.508	34.778	68.286
2020	34.392	35.836	70.228



Población por municipios





El **crecimiento de la población** desde el año 2000 sigue en el municipio de Estepona una **tendencia positiva** de manera sostenida del **66,6 %**, siendo el **comarcal de 72,4%** y el **provincial de 31,8 %**. En este sentido hay que recordar que los municipios costeros de la provincia de Málaga experimentan un crecimiento de la población que va unido a la afluencia de migraciones a estas zonas de gran potencial socioeconómico y al desdoblamiento de las áreas interiores.

De los **70.228 habitantes censados a 1 de enero de 2020**, **16.481 son extranjeros (23.5 % de la población)**, siendo las personas de **nacionalidad británica** las más numerosas, representando casi el **22% del total** de residentes foráneos censados.

Población extranjera



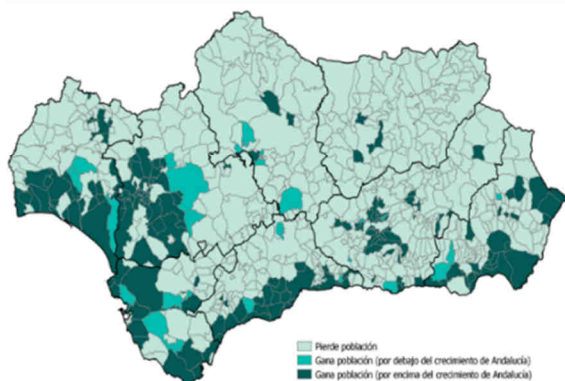
Población extranjera por continentes



• Movimiento natural de la población.

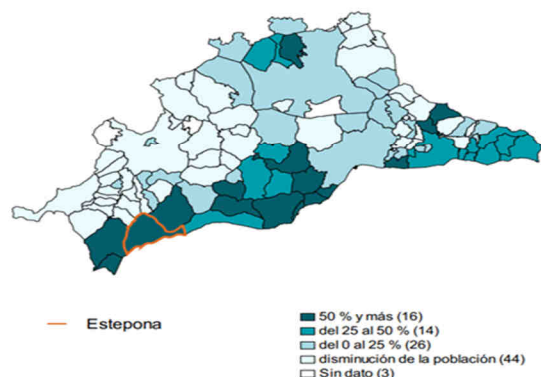
La población en Andalucía y España ha seguido la evolución característica de los países desarrollados; ha sufrido una transición demográfica, caracterizada por una importante disminución de las tasas de mortalidad y de fecundidad, aunque este fenómeno en Andalucía se produce en fechas posteriores que el resto de España. Estepona ganaría población por encima del crecimiento de Andalucía como ya hemos comentado

Crecimiento relativo de la población andaluza. Periodo 2010-2020 (porcentaje)



Crecimiento de la población desde el 2000

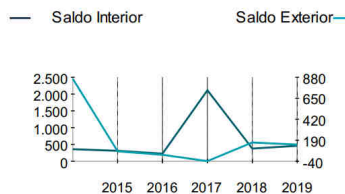
% Crecimiento de la población en el municipio: 66,6 %
 % Crecimiento de la población en la provincia: 31,8 %



En la siguiente figura se muestran las **variaciones residenciales** (éstas no miden el número de personas que se mueven en un territorio determinado, sino la cantidad de movimientos que se producen). Según el sentido en que tiene lugar la migración se hablará de emigración (origen) o de inmigración (destino).

Variaciones residenciales

Año	Migraciones Interiores			Migraciones Exteriores		
	Saldo	Inmigraciones	Emigraciones	Saldo	Inmigraciones	Emigraciones
2014	357	2.026	1.669	864	2.118	1.254
2015	310	2.181	1.871	68	723	655
2016	225	1.928	1.703	30	665	635
2017	2.112	3.950	1.838	-39	587	626
2018	376	2.116	1.740	165	755	590
2019	459	2.232	1.773	142	745	603

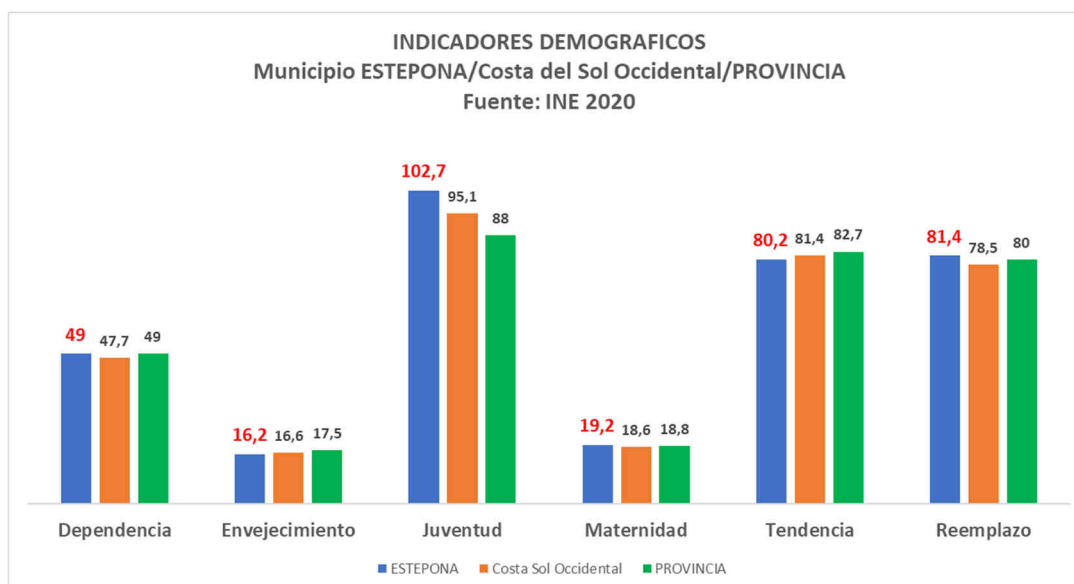


Fuente: Junta de Andalucía, Instituto de Estadística de Andalucía.

Nota: Migración interior es la llevada a cabo dentro de Andalucía y la exterior fuera de la Comunidad Autónoma.

Para 2020 el saldo Emigración 2.661 / Inmigraciones 4.834 es positivo.

- INDICADORES Movimiento natural de la población de Estepona**



Dependencia $\left(\frac{\text{Pob. } <15 + \text{Pob. } >64}{\text{Pob. de 15 a 64}} \right) * 100$
 Envejecimiento $\left(\frac{\text{Pob. } >64}{\text{Pob. Total}} \right) * 100$
 Juventud $\left(\frac{\text{Pob. } <15}{\text{Pob. } >64} \right) * 100$
 Maternidad $\left(\frac{\text{Pob. 0 a 4}}{\text{Pob. Mujeres 15 a 49}} \right) * 100$
 Tendencia $\left(\frac{\text{Pob. 0 a 4}}{\text{Pob. 5 a 9}} \right) * 100$
 Reemplazo $\left(\frac{\text{Pob. 20 a 29}}{\text{Pob. 55 a 64}} \right) * 100$

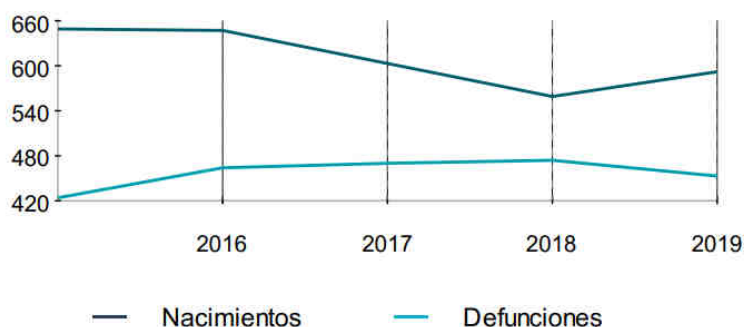
- El indicador de dependencia:** Hace referencia a la relación que existe en una comunidad determinada entre la población no activa económicamente menor de 15 años y mayor de 64 con respecto a la económicamente activa, es decir, entre los 16 y 64 años por definición demográfica y muy influenciada de manera negativa en el desarrollo socio económico por los fenómenos migratorios o de éxodo de la población económicamente activa, disminución de la natalidad o aumento de las defunciones. En este caso el indicador de **Estepona (49%) se encuentra igual con respecto a la media provincial (49%) y superior a la media comarcal la cual se sitúa en 47.7%.**

- El menor **índice de envejecimiento municipal** con tasas más bajas con **respecto a la media provincial y al comarcal (16,2%, 17,5 % y 16,6% respectivamente)** expresa menor población envejecida con respecto a los más jóvenes, donde el **indicador de juventud (102,7 %) es mayor** que el provincial de 88,0 % y el comarcal situado en un 63,1 %. Estas pequeñas diferencias se muestran en la pirámide poblacional adjunta más arriba junto con los indicadores demográficos.
- **El índice de reemplazo de la población en edad activa** es el cociente formado por los que están a punto de salir de la edad activa (55-64 según la agrupación de edades elegida) entre los que están a punto de entrar en ella (20- 29). Al tomar sólo las edades extremas del intervalo de edad, y no grupos más amplios como en el índice de estructura de la población en edad activa, este índice está sujeto a mayores fluctuaciones (sobre todo por los movimientos migratorios en este caso), siendo el **municipal (81,4 %), mayor respecto a la media provincial de 80,0 % comarcal que es de un 75,7 %.**

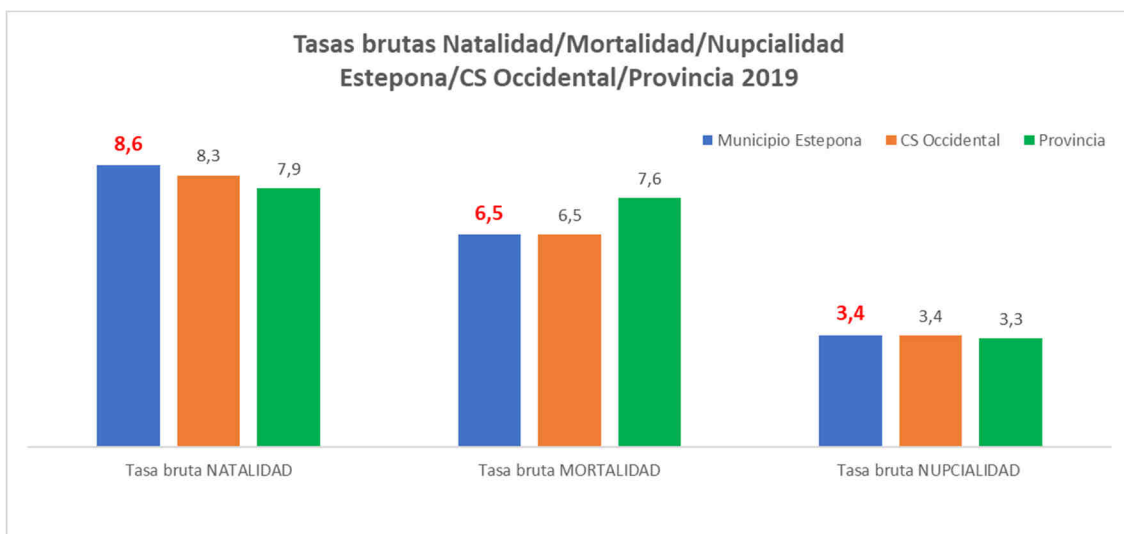
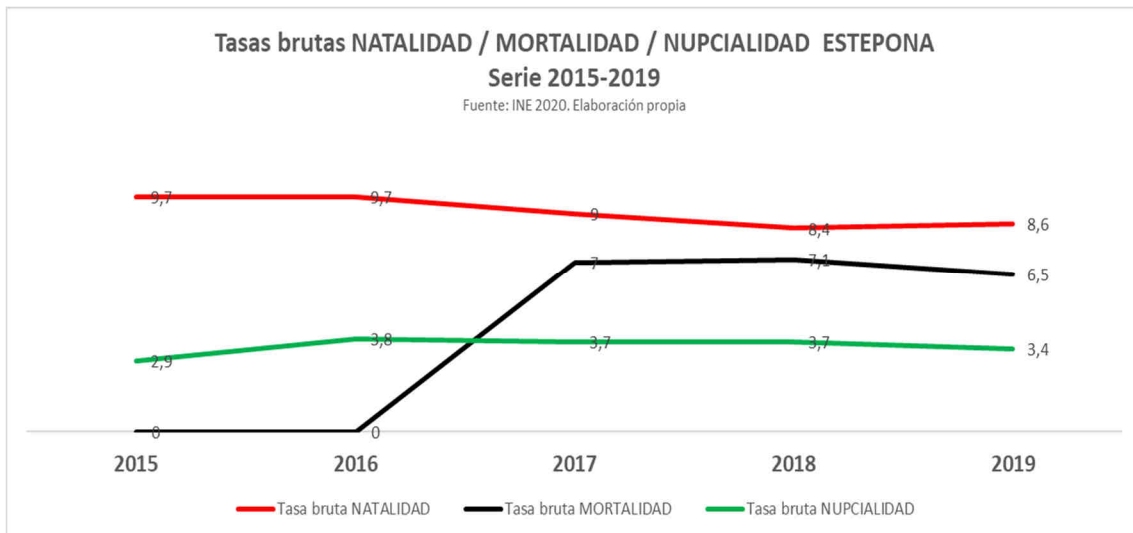
En la siguiente tabla se muestran los **nacimientos, defunciones, crecimiento vegetativo y población de Estepona durante el periodo 2015-2019**

	2015	2016	2017	2018	2019
Nacimientos	649	647	603	559	592
Defunciones	424	464	470	474	453
Crecimiento vegetativo	225	183	133	85	139
Matrimonios	194	256	245	244	234
Tasa Bruta de Natalidad (‰)	9,7	9,7	9,0	8,4	8,6
Tasa Bruta de Mortalidad (‰)	6,3	6,9	7,0	7,1	6,5
Tasa Bruta de Nupcialidad (‰)	2,9	3,8	3,7	3,7	3,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).



- **La tasa bruta de natalidad** ha bajado casi un punto respecto a los 4 años anteriores (8,6 vs 9,7) y la de **mortalidad** ha bajado 0,5 décimas de punto, siguiendo un ritmo parecido, aunque no tan acusado, a lo que ocurre en la propia CCAA.



- **Las tasas de natalidad, mortalidad y nupcialidad de Estepona** son prácticamente similares respecto al conjunto de la Costa del Sol Occidental. Respecto a la provincia encontramos tasas de natalidad más altas, de mortalidad más bajas y de nupcialidad prácticamente similares.

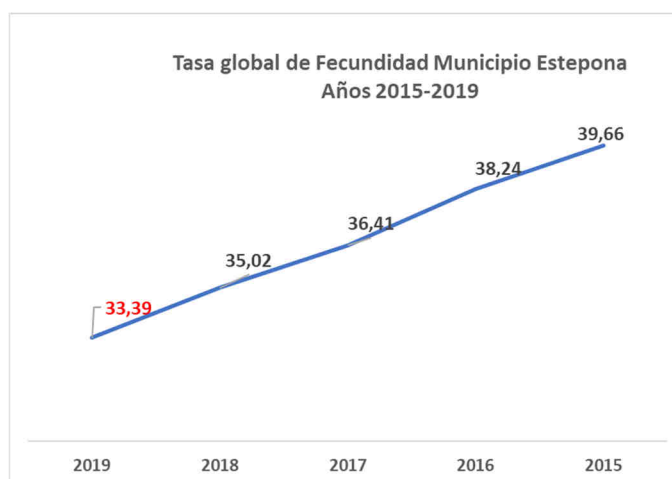
TASA BRUTA NATALIDAD: Descripción: Nacidos vivos durante el periodo indicado/población total del mismo periodo por 1.000.

TASA BRUTA DE MORTALIDAD: DESCRIPCIÓN: Relación entre el número de defunciones de un año concreto y la población media de dicho año. Expresa el número de fallecidos por cada mil habitantes.

TASA BRUTA DE NUPCIALIDAD: Descripción: número de matrimonios por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado generalmente un año.

Fuente: INE y Observatorio Socioeconómico Provincia de Málaga 2020. Periodo de análisis: 2015-2019

- **Las tasas de fecundidad** (número de nacimientos por cada mil personas menstruantes en edad fértil habitantes en un año) en el municipio **han descendido 5.7 puntos (39.6 vs 33.3) en el último quinquenio estudiado**



Resumen población Municipio Estepona 2020

Población total.	70228
Población Hombres.	34392
Población Mujeres.	35836
Población en núcleos.	67751
Población en diseminados.	2477
Edad media.	41
Porcentaje de población menor de 20 años.	22,1
Porcentaje de población mayor de 65 años.	16,2
Variación relativa de la población en diez años (%). 2010-2020	6,2
Número de extranjeros.	16481
Principal procedencia de los extranjeros residentes.	Reino Unido
Porcentaje que representa respecto total de extranjeros.	22
Emigraciones.	2661
Inmigraciones.	4834
Nacimientos.	592
Defunciones.	453
Matrimonios.	234

Diferenciamos aparte algunos **indicadores separados geográficamente por UGC**

UGC ESTEPONA OESTE

Edad: <small>Todas las opciones</small>	Sexo: <small>Ambos</small>	UGC				Distrito	SSPA
		2018	2019	2020	2021	2021	2021
Nacido		317	352	331	97	1.519	26.263
% Nacidos mujeres		54,57%	51,42%	51,96%	48,45%	48,32%	48,38%
Tasa bruta natalidad		8,79‰	9,52‰	9,25‰	2,66‰	2,83‰	3,07‰
Tasa global fecundidad		36,34‰	39,67‰	38,94‰	11,23‰	11,73‰	13,26‰
Fallecidos		207	188	218	108	1.359	30.973
% Fallecidos mujeres		47,83%	42,02%	53,67%	50,00%	44,44%	48,49%
Tasa bruta mortalidad		5,70‰	5,06‰	6,05‰	2,95‰	2,53‰	3,62‰
RE mortalidad		0,91	0,81	0,82	0,85	0,74	1,00
% > 64 años		16,14%	16,54%	16,92%	17,05%	17,23%	17,36%
Índice envejecimiento		0,83	0,87	0,94	0,97	1,08	1,10
Tasa dependencia		0,55	0,55	0,54	0,53	0,50	0,50
Tasa dependencia < 16 años		0,30	0,29	0,28	0,27	0,24	0,24
Tasa dependencia > 64 años		0,25	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26

UGC LA LOBILLA

Edad: Todas las opciones	Sexo: Ambos	UGC				Distrito	SSPA
		2018	2019	2020	2021	2021	2021
Nacido		293	259	213	86	1.519	26.263
% Nacidos mujeres		47,78%	48,26%	55,87%	46,51%	48,32%	48,38%
Tasa bruta natalidad		10,48‰	9,04‰	7,55‰	2,94‰	2,83‰	3,07‰
Tasa global fecundidad		41,97‰	36,39‰	30,44‰	12,04‰	11,73‰	13,26‰
Fallecidos		133	113	154	83	1.359	30.973
% Fallecidos mujeres		45,11%	36,28%	48,05%	45,78%	44,44%	48,49%
Tasa bruta mortalidad		4,73‰	3,93‰	5,43‰	2,83‰	2,53‰	3,62‰
RE mortalidad		0,82	0,68	0,78	0,87	0,74	1,00
% > 64 años		15,40%	15,76%	16,40%	16,59%	17,23%	17,36%
Índice envejecimiento		0,83	0,87	0,95	0,97	1,08	1,10
Tasa dependencia		0,51	0,51	0,51	0,51	0,50	0,50
Tasa dependencia < 16 años		0,28	0,27	0,26	0,26	0,24	0,24
Tasa dependencia > 64 años		0,23	0,24	0,25	0,25	0,26	0,26

B. LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DEL MUNICIPIO DE ESTEPONA

- **Porcentaje de desempleo. Coeficiente de Gini 2018**

La **tasa municipal de desempleo se sitúa a octubre de 2021 en 15,9** con un total de 5322 parados, **menor en comparación al de Andalucía** que se sitúa en 22,4% siendo **mayor el desempleo en el sexo femenino** que en el masculino 61,9 vs 38,1. La mayor proporción de contratos registrados en 2021 fueron **contratos con carácter temporal**.

Mercado de trabajo

Agosto 2021

Contratos

Sexo	1.802	100%
Hombres	1.018	56,5%
Mujeres	784	43,5%
Tipo	1.802	100%
Indefinido	55	3,1%
Temporal	1.691	93,8%
Convertido a indefinido	56	3,1%
Sector	1.802	100%
Agricultura	7	0,4%
Industria	355	19,7%
Construcción	29	1,6%
Servicios	1.411	78,3%

Paro registrado

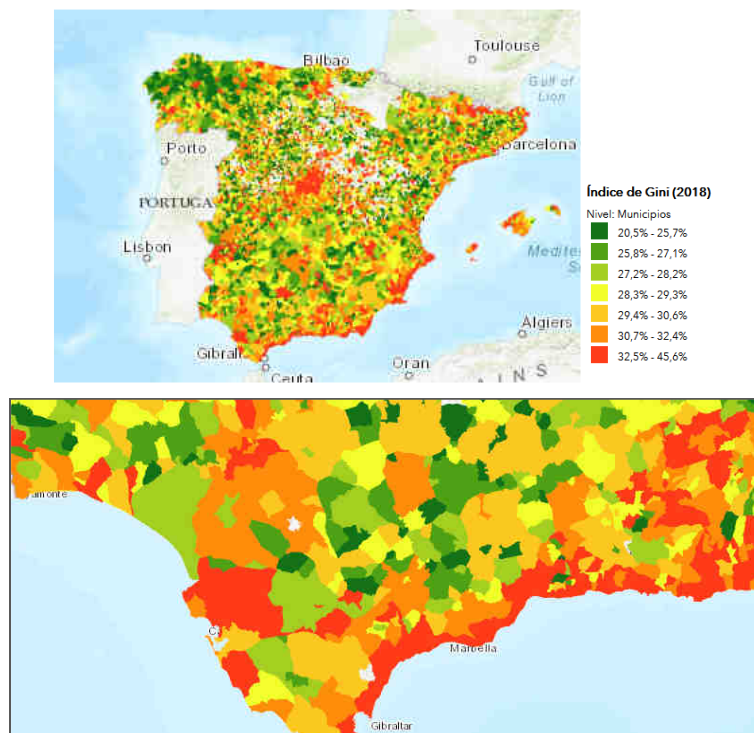
Sexo	4.894	100%
Hombres	1.864	38,1%
Mujeres	3.030	61,9%
Edad	4.894	100%
Menores de 25 años	263	5,4%
Entre 25 y 45 años	1.866	38,1%
Mayores de 45 años	2.765	56,5%
Sector	4.894	100%
Agricultura	70	1,4%
Industria	114	2,3%
Construcción	750	15,3%
Servicios	3.510	71,7%
Sin empleo anterior	450	9,2%

Evolución del Paro Estepona (Málaga)				
Fecha	Tasa de Paro Registrado	Nº de parados registrados	Población	
Octubre 2021	15,97%		5.322	70.228
2020	23,49%		7.804	70.228
2019	18,13%		5.723	68.286
2018	18,86%		5.792	67.012
2017	19,21%		5.746	66.863
2016	20,26%		5.918	66.683
2015	22,65%		6.603	67.080
2014	24,89%		7.192	66.566
2013	25,96%		7.574	67.986
2012	28,40%		8.240	67.101
2011	27,52%		8.009	65.667
2010	26,28%		7.771	66.150
2009	25,74%		7.555	65.592
2008	22,06%		6.187	62.848
2007	15,43%		3.699	60.328
2006	11,01%		2.991	58.603

Coeficiente de Gini 2018

MUNICIPIO de ESTEPONA: Índice de Gini 33,41:

Es el indicador de desigualdad que más se utiliza internacionalmente para medir el grado de diferencias que existen entre los sueldos de la población y, al mismo tiempo, es una buena aproximación para radiografiar las desigualdades sociales de los países. España, se trata de uno de los estados europeos con mayores brechas entre los salarios de la población y el coeficiente de Gini lo refleja en la lista que publica el Eurostat: nuestro país es el tercero de la eurozona con un valor **más alto en el indicador**, lo que lo sitúa como uno de los países con **mayores desigualdades salariales**.



- **Nivel de instrucción por edad y sexo.**

Educación no universitaria

Centros por Nivel Académico					Alumnos por Nivel Académico en centros de la localidad				
	Públicos	Privados	Concertados	Total		Públicos	Privados	Concertados	Total
Educación Infantil	18	11	0	29	Educación Infantil	2.333	706	0	1.257
Educación Primaria	12	2	1	15	Educación Primaria	4.389	481	0	2.216
Educación Especial	7	0	1	8	Educación Especial	32	0	25	20
ESO	5	2	1	8	ESO	2.702	407	0	1.425
Bachillerato	3	3	0	6	Bachillerato	749	113	0	330
Ciclos formativos de grado medio	2	0	0	2	Ciclos formativos de grado medio	186	0	0	106
Ciclos formativos de grado superior	2	0	0	2	Ciclos formativos de grado superior	117	0	0	66
Programas de Cualificación Profesional Inicial	0	0	0	0	Programas de Cualificación Profesional Inicial	0	0	0	0
Enseñanzas secundarias de Adultos	1	0	0	1	Enseñanzas secundarias de Adultos	49	0	0	585
Régimen especial	1	1	0	2	Régimen especial	701	0	0	208

- **Principales sectores económicos.**

Estepona es un municipio cuya economía **históricamente ha girado en torno a dos sectores, el pesquero y el de la agricultura y ganadería, actualmente**, su economía está basada **en el turismo**, aunque no ha dejado de lado ni la pesca ni el campo.

La Cooperativa Agrícola de Estepona es una de las más antiguas e importantes de España, y es por ello que su importancia ha sido vital a lo largo de toda su existencia.

Actualmente, su economía está basada en dos pilares, el del **turismo residencial**, que desde los años 80 ha hecho crecer la ciudad y **la construcción**.

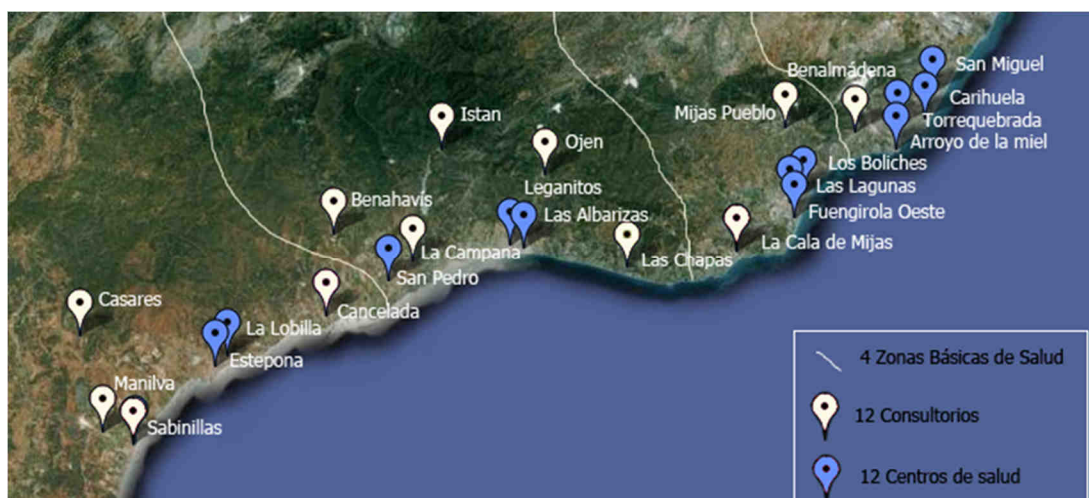
Bloque II: INFORME DE SALUD. METODOLOGÍA

• Unidades de análisis

Se han empleado dos tipos de división espacial para presentar los resultados. Por un lado, la demarcación territorial oficial (municipios), y por otro las demarcaciones sanitarias: Unidades de Gestión Clínica (UGC)

Para las acciones comunitarias, están los centros de salud de referencia para cada territorio asignado. En el caso de Distrito Costa del Sol (DCS) hay un total de 25 centros de atención primaria: 12 Centros de Salud y 13 consultorios locales, que aparecen representados en el siguiente mapa.

El municipio a estudio, ESTEPONA, forma parte del Distrito de APS Costa del Sol junto con los 10 municipios restantes que lo conforman y que aparecen representados en el siguiente mapa. En su caso, cuenta con 2 UGC: UGC ESTEPONA OESTE y UGC LA LOBILLA (CS La Lobilla + Consultorio de Cancelada).



El DCS que ofrece una cobertura sanitaria a más de medio millón de personas (546.811) según datos BDU a fecha 31 de diciembre de 2020 y censo año 2019. Esta población está atendida por 263 médicos de medicina general, 65 pediatras y 243 profesionales de enfermería (datos 2019).

Realiza una oferta completa de la **Cartera de Servicios de Atención Primaria en todos sus centros de salud que comprende:**

I. Área de atención a la persona

1. Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente
2. Atención específica
3. Atención a la edad pediátrica

II. Área de atención a la familia

III. Área de atención a la comunidad

1. Atención a la comunidad
2. Servicios de salud pública
 - 2.1. Vigilancia epidemiológica
 - 2.2. Servicios de seguridad alimentaria y salud ambiental
 - 2.3. Servicios de Promoción de la Salud

IV. Otros servicios

1. Docencia en Atención Primaria
2. Otros servicios prestados en dispositivos de apoyo

Para ello cuenta con:

- 6 dispositivos de cuidados críticos y urgencias (SUAP).
- 8 salas de exploración radiológica.
- 6 salas de fisioterapia y rehabilitación.
- 5 gabinetes de atención bucodental.
- 7 salas de educación maternal.
- 13 unidades de deshabituación tabáquica.
- 4 equipos de salud mental ubicados en Torrequebrada, Las Lagunas, Las Albarizas y Estepona.
- 1 unidad de seguridad alimentaria y ambiental.
- 1 unidad de residencias.
- 1 unidad de epidemiología.
- 3 unidades de diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Desde 2012, todas las mujeres de la Costa del Sol, pueden acudir a realizarse sus **mamografías a tres unidades** en este Distrito Sanitario: La del **centro de salud Las Lagunas**, que da cobertura a los municipios de Torremolinos, Benalmádena, Fuengirola y Mijas, una segunda en el **hospital Costa del Sol**, que acerca este servicio a las mujeres residentes en Marbella, Istán, Ojén y Benahavís y, finalmente, una tercera unidad instalada en el **centro de salud La Lobilla**, en Estepona.

• INDICADORES Y ASPECTOS SANITARIOS

Como ya expusimos en un principio la población del municipio con 70.228 habitantes, cuenta con una población de 66.786 usuarios con tarjeta individual (95,1% TIS).

La UGC de Estepona Oeste (Centro de Salud de Estepona) atiende a una población de 36.919 usuarios (55,3%)

La UGC de La Lobilla (Centro de Salud de La Lobilla) atiende a una población de 24.811 usuarios (37,2%), junto con Consultorio de Cancelada que atiende a 5.056 usuarios (7,5%)

POBLACIÓN Y BDU 2021_ MUNICIPIO ESTEPONA (DSCS)				
POBLACIÓN TOTAL MUNICIPIO		70.228	PADRÓN MUNICIPAL A 1 ENERO 2020 INE	
CAP	MUNICIPIOS POBLACIÓN INE	BDU 31 DE AGOSTO 2021		
		TIS	TAE	% CAPTACION
ESTEPONA	ESTEPONA	36.919	52.495	
CANCELADA	70.228	5.056	7.344	
LA LOBILLA		24.811	34.447	
Total Población Estepona	70.228	66.786	94.286	95,10
TOTAL DSCSOL	560.785	540.859	760.509	96,45

El Servicio de urgencias de atención primaria de Estepona (SUAP) cuenta con 38 profesionales (16 médicos, 16 profesionales enfermería, 6 celadores – conductores) Como recursos:

- 2 equipos movilizables 24 horas (ambulancias medicalizadas clase C con equipo asistencial).
- 1 ambulancia de traslado clase A1 (RTU: red de transporte urgente) 24 horas (con un técnico de emergencias sanitarias)

- (TES)) **TRIAGE:** todos los días de la semana de 8:00 a 20:00 horas.
- **RADIOLOGIA:** días laborables de 8:00 a 19:30 horas.
- **ECOGRAFIA:** SI

Cronas de llegada SUAP Estepona:

- **Área de cobertura:** 335.5 km²
- **Población censada:** 87.621 habitantes
- **Cronas de llegada:**
 - **Centro de salud La Lobilla: 7 minutos (2 Km.) //Cancelada: 13 minutos (13 Km.)**
 - Casares: 24 minutos (16 Km.) // Manilva: 15 minutos (17 Km.) //Sabinillas: 15 minutos (12 Km.)
 - **Hospital Costa del Sol: 27 minutos (40 Km.)**

Centro de salud Estepona

Dirección postal: AV Juan Carlos I, s/n, 29680, ESTEPONA, Estepona, Málaga

Cita previa y trámites

Salud Responde: 955 54 50 60

ClicSalud+

App 'Salud Responde'

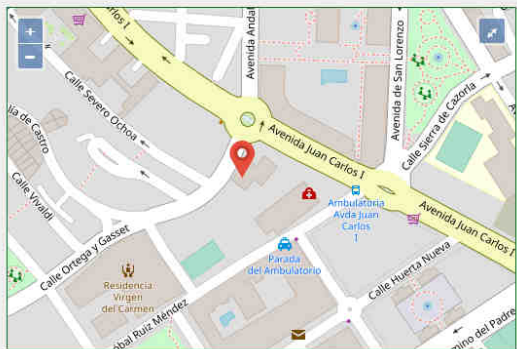
Información

Teléfono: 951 97 04 45

Urgencias

951 03 14 37

Horario:		Festivos locales:
Lunes	08:00 - 20:00	15/05/2021
Martes	08:00 - 20:00	16/07/2021
Miércoles	08:00 - 20:00	
Jueves	08:00 - 20:00	
Viernes	08:00 - 20:00	



Dirección del centro: García Balboteo, José Marcos

Dependencia: Distrito Costa del Sol

Zona básica: Estepona

Área hospitalaria de referencia: Hospital Costa del Sol

Centro de salud La Lobilla

Dirección postal: CL MIGUEL DE MARIA LUQUE, 2, 29680, ESTEPONA, Estepona, Málaga

Cita previa y trámites

Salud Responde: 955 54 50 60

ClicSalud+

App 'Salud Responde'

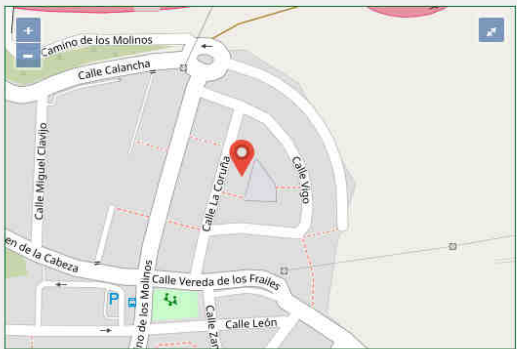
Información

Teléfono: 951 27 04 00

Urgencias

951 03 14 37

Horario:		Festivos locales:
Lunes	08:00 - 20:00	15/05/2021
Martes	08:00 - 20:00	16/07/2021
Miércoles	08:00 - 20:00	
Jueves	08:00 - 20:00	
Viernes	08:00 - 20:00	



Dirección del centro: García Serrato, Pilar

Dependencia: Distrito Costa del Sol

Zona básica: Estepona

Área hospitalaria de referencia: Hospital Costa del Sol

Consultorio Cancelada

Centro sanitario, Centros de salud y consultorios

Dirección postal: PZ JOSE VAZQUEZ ESPINOSA, s/n, 29688, CANCELADA, Estepona, Málaga

Cita previa y trámites

☎ **Salud Responde:** 955 54 50 60
 ❤️ **ClicSalud+**
 📱 **App 'Salud Responde'**

Información

☎ **Teléfono:** 951 50 80 49

Urgencias

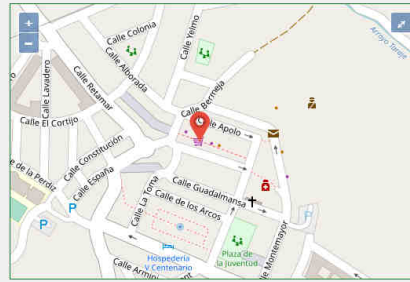
☎ 951 03 14 37

Horario:

Lunes	08:00 - 15:00
Martes	08:00 - 15:00
Miércoles	08:00 - 15:00
Jueves	08:00 - 15:00
Viernes	08:00 - 15:00

Festivos locales:

15/05/2021
16/07/2021



Dirección del centro: García Serrato, Pilar

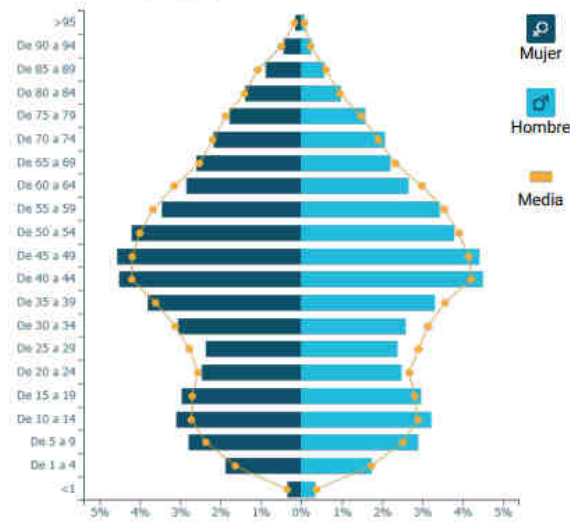
Dependencia: Distrito Costa del Sol

Zona básica: Estepona

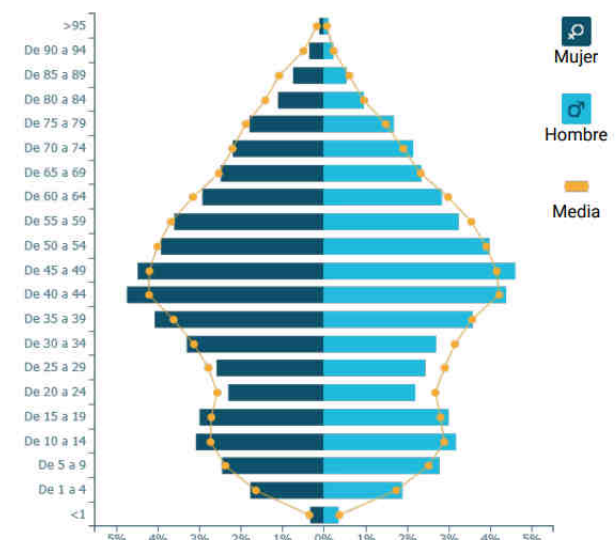
Área hospitalaria de referencia: Hospital Costa del Sol

- Se describen las características de las dos UUGC por separado vs DAP Costa del Sol vs SSPA (Servicio Sanitario Público Andaluz). (UUGC: Unidades de Gestión Clínica-Centros de Salud)

Periodo 2021, Mayo / UGC ESTEPONA OESTE



Periodo 2021, Mayo / UGC LA LOBILLA



UGC ESTEPONA OESTE

	UGC				Distrito	SSPA
	2018	2019	2020	2021	2021	2021
Edad media	40	41	41	41	42	42
% Mujeres	51,85%	51,84%	51,69%	51,63%	51,44%	50,93%
Residentes fuera Andalucía	1.058	973	522	598	10.593	110.486
% Residentes fuera Andalucía	2,93%	2,63%	1,46%	1,64%	1,98%	1,30%

UGC LA LOBILLA

	UGC				Distrito	SSPA
	2018	2019	2020	2021	2021	2021
Edad media	40	40	41	41	42	42
% Mujeres	50,99%	51,01%	51,22%	50,96%	51,41%	50,89%
Residentes fuera Andalucía	440	507	519	928	13.897	134.827
% Residentes fuera Andalucía	1,57%	1,77%	1,84%	3,10%	2,54%	1,57%

Bloque IV. VIGILANCIA DE LA SALUD

A. INDICADORES DE MORTALIDAD

La Vigilancia de la Salud es imprescindible para desarrollar acciones que nos lleven a mejorar la salud individual y colectiva. Engloba la vigilancia de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, factores de riesgo y determinantes. Se aplica a todos los aspectos de la historia natural de la enfermedad.

Se exponen los datos recogidos sobre las principales causas de mortalidad y morbilidad entre la población de Estepona

Los principales indicadores que se incluyen en las estadísticas de mortalidad de Andalucía son:

1. Esperanza de vida (EV): al nacer y 65 años.
2. Tasas brutas de mortalidad (TB) y Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por el método directo (TE).
3. Tasas estandarizadas por edad de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP).
4. Tasas estandarizadas de mortalidad prematura sensible a la prevención y a la atención sanitaria (MPsPr y MPsAS).

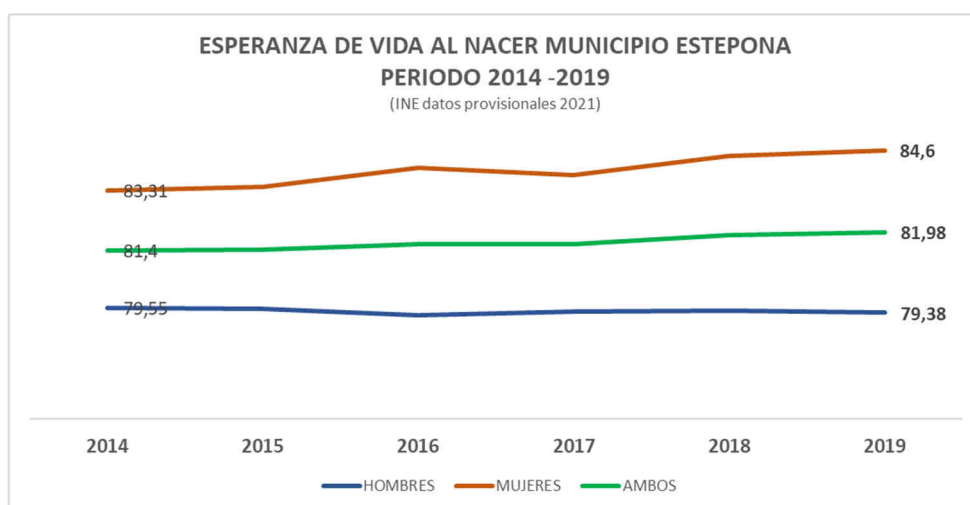
• ESPERANZA DE VIDA

Para Andalucía y provincias, se utiliza la Esperanza de Vida (EV) calculada por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Este indicador se calcula también para los Distritos Sanitarios (Junta Andalucía) y Municipios (elaboración propia)

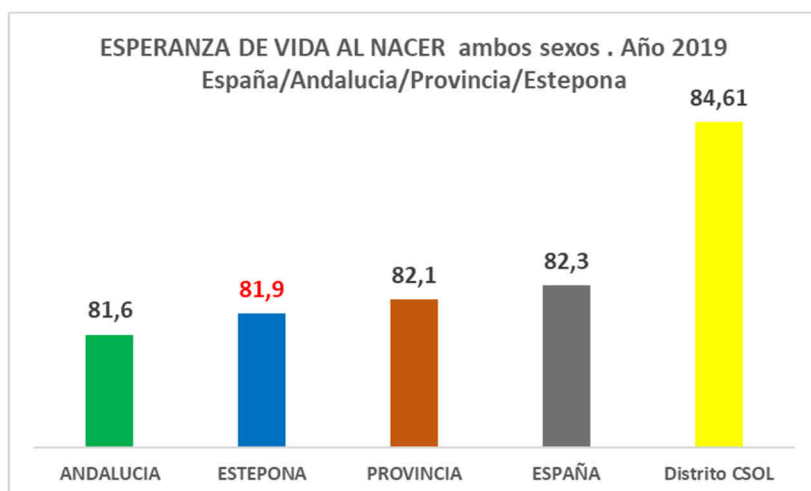
La tasa de mortalidad está negativamente correlacionada con la esperanza de vida al nacer, de tal manera que cuanta más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población.

- ESPERANZA DE VIDA (EV) AL NACER Estepona, según sexo:

La esperanza de vida al nacer es un indicador de supervivencia a largo plazo. Por lo tanto, puede considerarse un indicador de salud positivo. Son las mujeres de Estepona las que han ganado 1,3 décimas de punto en el último quinquenio

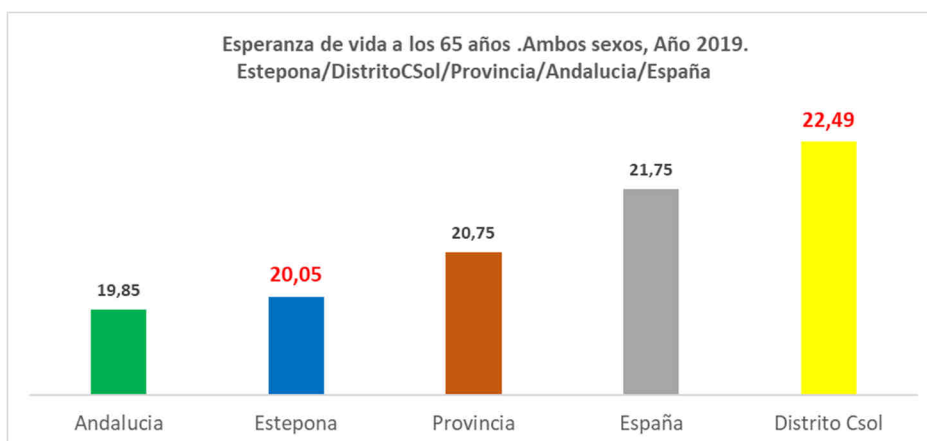
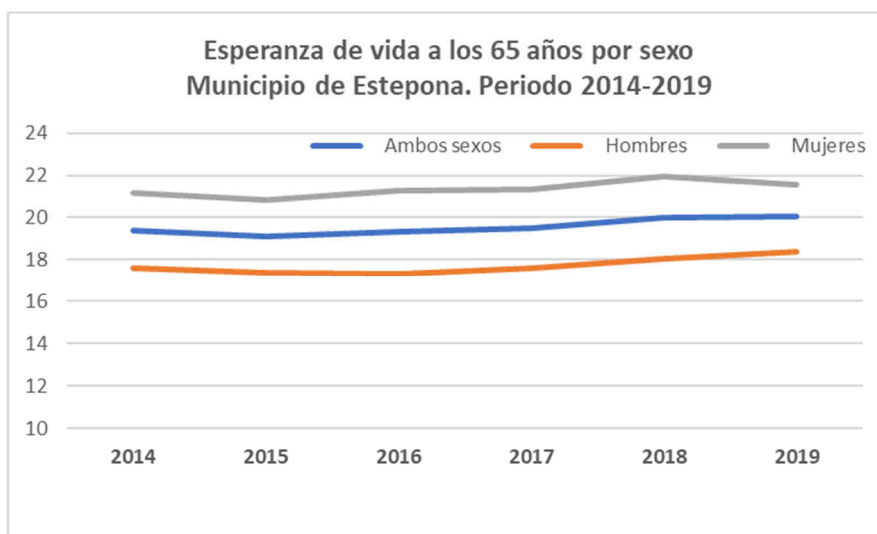


En el último quinquenio registrado (2014-2019) la EV al nacer en el Municipio de Estepona ha aumentado 0,58 décimas de punto. Este aumento se debe a la **ganancia de 1,3 puntos en la EV en el grupo de mujeres** y a la pérdida de 0,2 décimas en el de hombres.



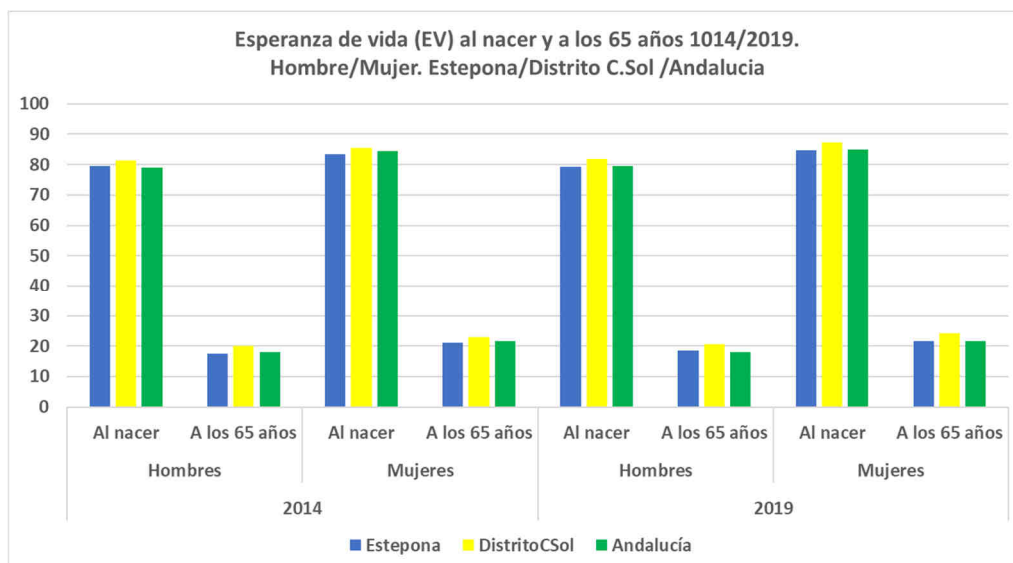
Comparativamente, sin embargo, este indicador para Estepona en 2019 se encuentra 2,7 puntos por debajo del total de los municipios adscritos al distrito costa del Sol (81,9 vs 84.6)

- **ESPERANZA DE VIDA (EV) a los 65 años Estepona, según sexo:** Ganancia para ambos sexos en el último quinquenio.



Al igual que la EV al nacer, este indicador para Estepona en **2019** se encuentra **2,4 puntos por debajo del total de los municipios adscritos al distrito costa del Sol (20,05 vs 22,49).**

Esperanza de Vida (EV) al nacer y a los 65 años serie 2014/2019, según sexo



En **conclusión**, la EV en buena salud al nacer y a los 65 años de la población de Estepona como en el conjunto del DSCSol y de Andalucía, se ha incrementado en promedio de número de años más en las mujeres que en los hombres. **En todas las series el conjunto del DSCSol supera en EV al nacer y a los 65 años a Estepona y a Andalucía**

- TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD (TB) Y TASAS DE MORTALIDAD ESTANDARIZADAS por edad por el método directo (TE).**

- **Mortalidad General**

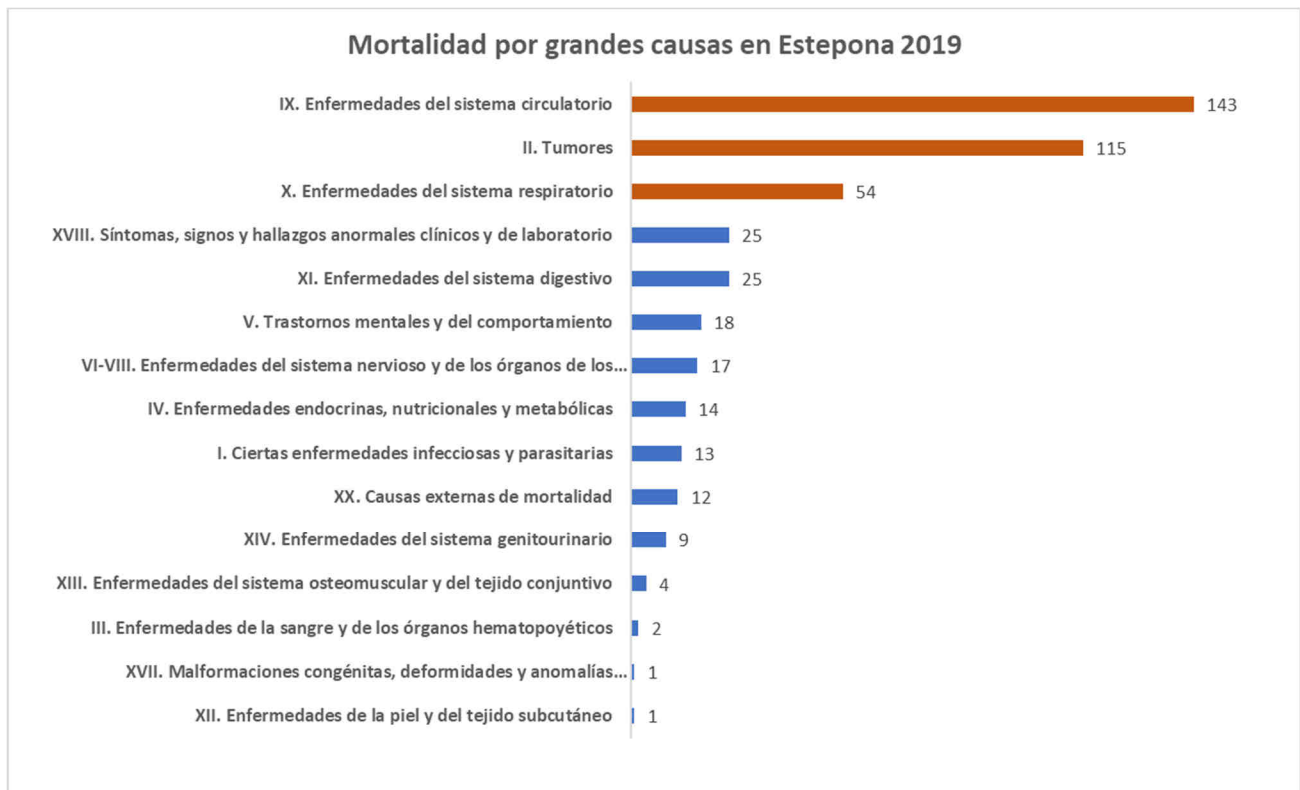
De forma continuada tanto en España como en Andalucía, la **tasa de mortalidad en hombres es superior a la de las mujeres.**

Indicadores de mortalidad general según sexo y provincia. Todas las causas. Anual 2019

Territorio	Indicador							
	Defunciones		Tasa bruta		Tasa estándar		APVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	36.434,0	34.071,0	873,8	796,3	1.129,9	721,1	3.481,7	1.693,6
Almería	2.862,0	2.408,0	795,2	686,1	1.138,3	716,1	3.923,2	1.666,1
Cádiz	5.324,0	4.720,0	857,5	748,6	1.199,5	756,5	3.489,4	1.860,2
Córdoba	3.830,0	3.919,0	995,5	980,5	1.110,2	695,9	3.259,7	1.515,9
Granada	4.075,0	3.922,0	893,4	842,4	1.060,1	700,0	3.411,3	1.666,8
Huelva	2.290,0	2.064,0	881,8	773,3	1.198,9	729,2	3.629,6	1.718,2
Jaén	3.310,0	3.210,0	1.058,5	1.011,3	1.139,6	728,8	3.625,1	1.738,4
Málaga	6.677,0	6.082,0	813,7	715,5	1.041,1	694,0	3.337,1	1.698,7
Sevilla	8.066,0	7.746,0	844,5	776,5	1.190,8	738,4	3.462,3	1.665,7

Según la información ofrecida por el Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (SIMA) para el año 2019 (no se dispone de datos más actuales), las **PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE ESTEPONA** fueron:

1. en primer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio (143 fallecimientos).
2. los tumores (115 fallecimientos).
3. enfermedades del sistema respiratorio (54 fallecimientos)



Sigue el mismo patrón que **Andalucía y Provincia de Málaga** en 2019 en lo relativo a las principales causas y **tasas de mortalidad mayores en hombres** que en mujeres:

	Indicador			
	Defunciones		Tasa estándar	
	Sexo		Sexo	
Causa de mortalidad	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Todas las causas	36.434,0	34.071,0	1.129,9	721,1
Circulatorias	9.892,0	11.321,0	315,5	235,1
Tumores	11.146,0	7.006,0	326,0	156,9
Respiratorias	4.323,0	3.114,0	140,6	65,0
Sistema nervioso	1.613,0	2.471,0	51,1	51,7
Digestivas	2.189,0	1.893,0	66,1	40,0
Causas externas	1.565,0	799,0	42,4	17,4

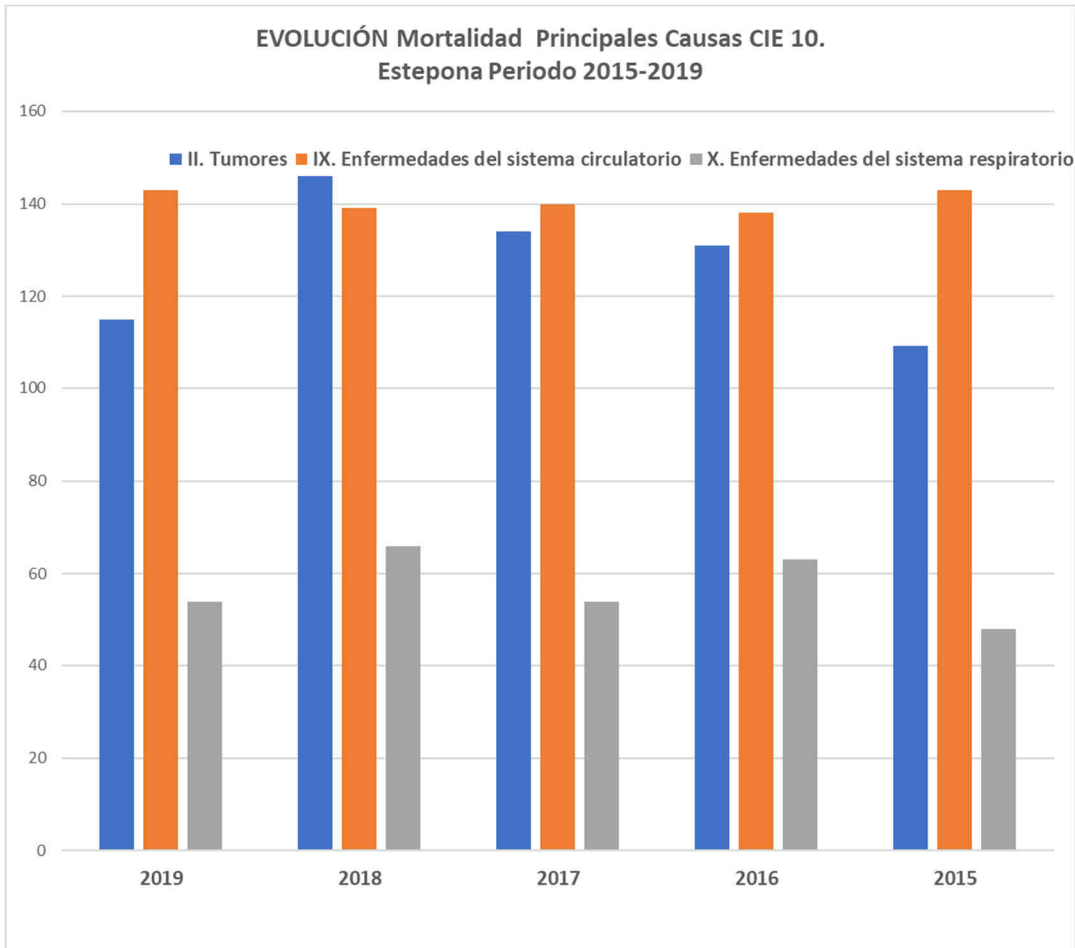
Tasas estandarizadas de mortalidad por causas según sexo por provincias

Causa de mortalidad	Circulatorias		Tumores		Respiratorias		Digestivas		Sistema nervioso	
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Territorio										
Andalucía	315,5	235,1	326,0	156,9	140,6	65,0	66,1	40,0	51,1	51,7
Málaga	299,1	224,6	298,7	152,8	120,9	57,1	59,6	35,3	51,5	56,5

• **MORTALIDAD POR CAUSAS EN ESTEPONA 2015- 2019:**

Los datos brutos, señalan una cierta estabilidad, aun así, **hay una leve disminución de Grupo Tumores y Enfermedades del Sistema Respiratorio (esta última ha sufrido gran aumento en 2020, debido a la pandemia de coronavirus. Datos no reflejados en esta serie).**

Las enfermedades del **sistema circulatorio** tras su **diminución en los años 2016 a 2018, vuelve a situarse en las mismas cifras que en 2015**. A tener en cuenta que son números absolutos y no tasas ajustadas por población



Causa de muerte (capítulos CIE 10 ^a) ESTEPONA 2015- 2019					
Lugar de residencia ESTEPONA	2019	2018	2017	2016	2015
II. Tumores	115	146	134	131	109
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	143	139	140	138	143
X. Enfermedades del sistema respiratorio	54	66	54	63	48

En 2019 en el municipio de Estepona fallecieron 453 personas, 232 hombres y 221 mujeres.

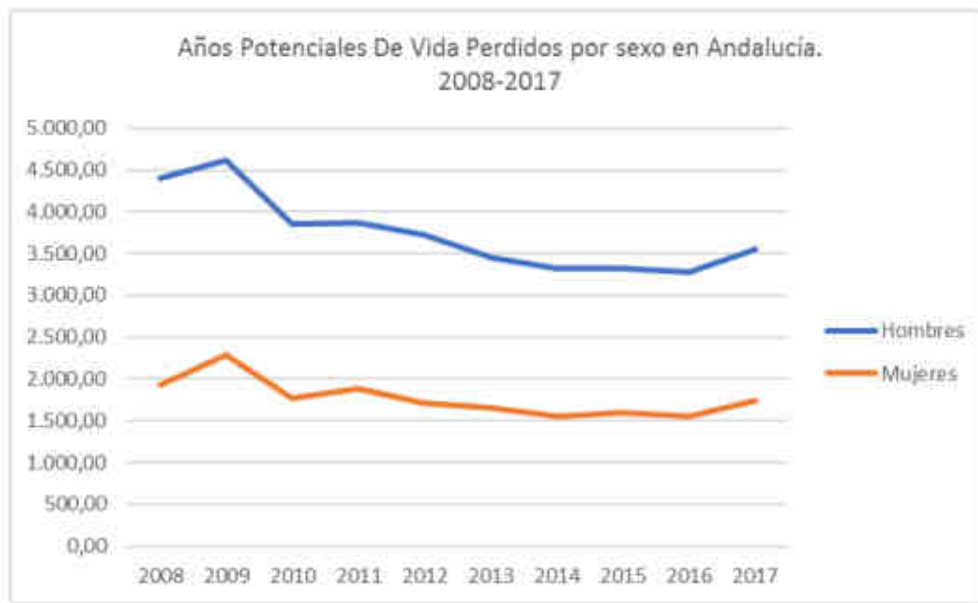
Esto se corresponde con una **tasa bruta de mortalidad de 6.93 defunciones por cada mil habitantes para ambas edades en el año 2019**. La tasa más alta junto a 2017 de la serie estudiada:

	2019	2018	2017	2016	2015	2014
29051 Estepona	6,93 ³	6,79 ³	6,95 ³	6,75 ³	6,71 ³	6,28 ³

- **AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP)** (indicador de mortalidad prematura).

Es un indicador que sirve para mostrar cuáles son las enfermedades que producen muerte de manera más prematura. En términos generales, este indicador **hace referencia al número de años adicionales que pudieron haber vivido las personas que ya fallecieron**. No existen datos actualizados. Se muestran a nivel autonómico evolución 2008_2017

Años Potenciales De Vida Perdidos en Andalucía. 2008-2017



Fuente: IECA. Consejería de Salud. Unidad de Estadísticas vitales.

B. PROBLEMAS DE SALUD NO TRANSMISIBLES

La inclusión de pacientes en los distintos Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) y la atención a los mismos en las distintas categorías de la Cartera de Servicios puede ofrecernos una visión de la morbilidad en un territorio determinado. La morbilidad es la cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población

Las **enfermedades crónicas más frecuentes** en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud son **Hipertensión, Dislipemia, Artrosis, Espondilosis, Diabetes, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardiaca y Fibrilación auricular**

A continuación, se presenta la **prevalencia de dichas enfermedades en el conjunto de Andalucía (año 2020) y en el municipio de Estepona (UGC correspondientes)**

Enfermedades crónicas más frecuentes en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud

Código Patologías BPS	Sexo								
	Ambos sexos			Hombres			Mujeres		
	Personas atendidas	Prevalencia	Nuevos diagnósticos	Personas atendidas	Prevalencia	Nuevos diagnósticos	Personas atendidas	Prevalencia	Nuevos diagnósticos
Hipertensión	1.546.564	19,5	70.288	747.513	19,0	36.473	798.942	20,0	33.812
Dislipemia	1.607.596	20,4	63.805	788.554	20,3	30.322	818.953	20,6	33.476
Artrosis, espondilosis	1.186.066	15,0	54.558	434.494	11,0	23.674	751.525	18,9	30.881
Diabetes	631.187	7,9	31.747	337.029	8,5	17.083	294.113	7,3	14.661
Insuficiencia cardiaca	182.493	2,1	22.414	86.212	2,0	11.135	96.270	2,2	11.279
Fibrilación auricular	142.364	1,6	23.473	73.687	1,7	12.477	68.659	1,5	10.995

Periodo 2021, Mayo / UGC LA LOBILLA

Patologías BPS	Casos				UGC			Distrito RE	SSPA Prevalencia
	2018	2019	2020	2021	Prevalencia	RE	IC 95%		
					2021				
Diabetes	2.286	2.319	1.935	2.195	73,55%	0,9**	-1,63 - -4,69	0,87	85,43%
Dislipemia	4.457	4.617	4.252	4.817	162,49%	0,78**	-0,71 - -0,71	0,75	215,85%
Fibrilación auricular	457	456	410	436	14,01%	0,87**	-9,13 - -35,54	0,84	17,59%
Cardiopatía isquémica	1.128	1.185	523	603	19,61%	0,95**	-6,43 - -24,32	0,92	21,76%
Hipertensión	4.725	4.911	4.420	5.039	168,41%	0,85**	-0,74 - -0,74	0,80	208,52%
Insuficiencia cardiaca	567	569	519	554	17,70%	0,82**	-6,82 - -26,17	0,78	23,82%
Artrosis, espondilosis	2.862	3.000	2.726	3.133	105,34%	0,68**	-0,86 - -1,93	0,67	162,97%

Periodo 2021, Mayo / UGC ESTEPONA OESTE

Patologías BPS	Casos				UGC			Distrito RE	SSPA Prevalencia
	2018	2019	2020	2021	Prevalencia	RE	IC 95%		
					2021				
Diabetes	2.738	2.842	2.325	2.573	69,15%	0,83**	-1,42 - -3,96	0,87	85,43%
Dislipemia	5.563	5.850	5.260	5.883	161,03%	0,76**	-0,5 - -0,5	0,75	215,85%
Fibrilación auricular	645	672	591	628	16,75%	0,99**	-6,25 - -23,5	0,84	17,59%
Cardiopatía isquémica	1.069	1.085	648	724	19,40%	0,92**	-5,57 - -20,87	0,92	21,76%
Hipertensión	5.780	6.005	5.288	5.930	160,79%	0,79**	-0,52 - -0,52	0,80	208,52%
Insuficiencia cardiaca	699	757	639	725	19,40%	0,85**	-4,62 - -17,15	0,78	23,82%
Artrosis, espondilosis	3.528	3.711	3.275	3.742	101,28%	0,64**	-0,74 - -1,5	0,67	162,97%

Como puede observarse en las tablas reseñadas **no hay ninguna patología prevalente crónica en el municipio de Estepona a corte mayo 2021 que se encuentre significativamente desde el punto de vista estadístico por encima de la media del Distrito Costa del Sol ni de Andalucía.** A reseñar las prevalencias más bajas de Insuficiencia Cardiaca y Fibrilación Auricular en la UGC de La Lobilla vs UGC Estepona, siendo la prevalencia para el resto de enfermedades más altas en la UGC de La Lobilla

• DIABETES

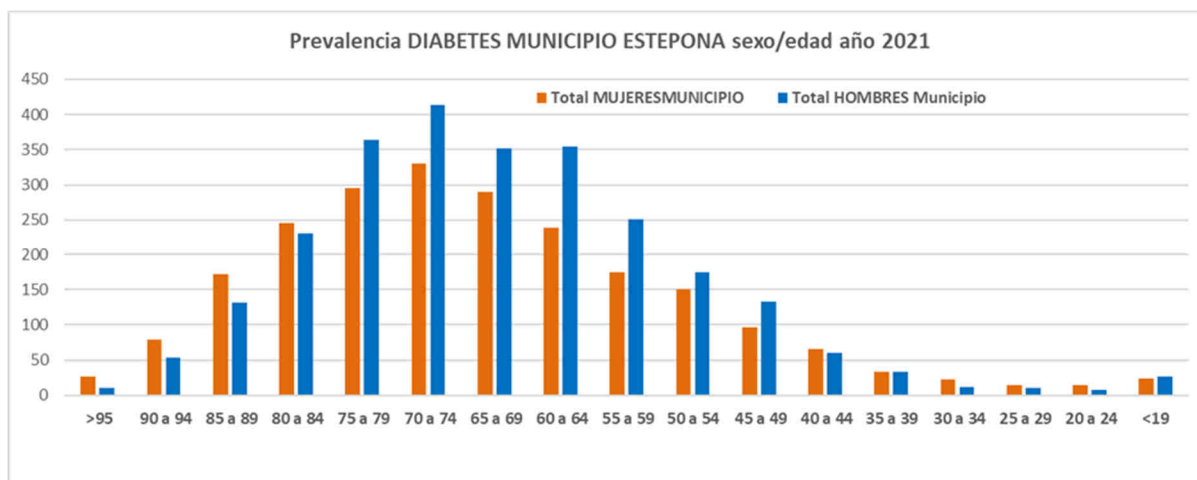
La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica, que cursa con hiperglucemia como consecuencia de un déficit de secreción de la insulina o en la acción periférica de la misma con o sin déficit de secreción. En ambos casos, **para su aparición se han identificado factores genéticos predisponentes y otros desencadenantes relacionados con los estilos de vida.** Constituye uno de los principales problemas de salud mundial por su elevada morbilidad y mortalidad prematura, y el coste económico para los servicios asistenciales debido a sus complicaciones agudas y crónicas.

La tendencia de las tasas brutas y ajustadas de mortalidad por diabetes **ha sido descendente en la última década**, este descenso ha sido más pronunciado en las mujeres, el descenso no ha sido homogéneo en todo el territorio, variando en el momento de inflexión y en la intensidad según las provincias.

Esta tendencia al descenso de la tasa ajustada de mortalidad por diabetes puede estar influenciada por las intervenciones sanitarias realizadas, principalmente las encaminadas a prevenir las complicaciones de la diabetes, así como aquellas dirigidas a mejorar los estilos de vida de la población, siendo ambos objetivos principales del Plan Integral de Diabetes de Andalucía (PIDMA II). El hecho de que **en las mujeres se siga observando un descenso más marcado en las tasas ajustadas de mortalidad podría deberse a que las intervenciones de prevención secundarias estén siendo mejor recibidas e incorporadas por las mujeres que por los hombres.**

Para el conjunto de Andalucía en 2020, la prevalencia en hombres era mayor que en mujeres.

Estudiada la prevalencia según edad y sexo para el conjunto del municipio de Estepona en 2021 encontramos al igual que en Andalucía una mayor prevalencia en hombres hasta la edad de 80 años en que se invierte y es mayor en mujeres.

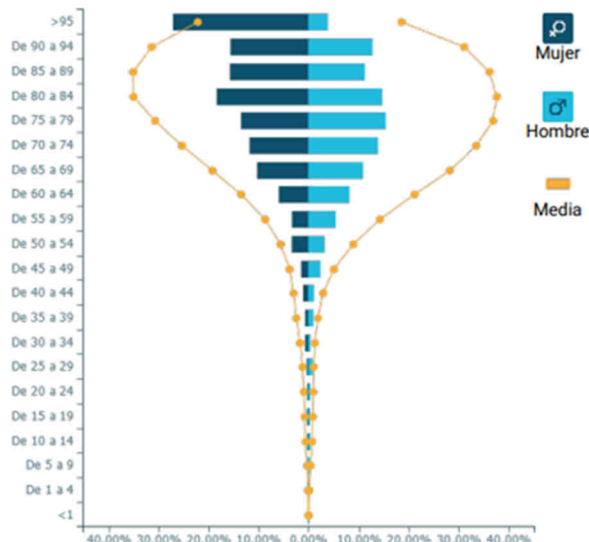


En la UGC de Lobilla el 56,06% de sus usuarios afectados son hombres frente 52,35 de Estepona Oeste.

En la UGC de Estepona Oeste el 62,26% de sus usuarios afectados tiene más de 64 años frente al 57,81% de Lobilla.

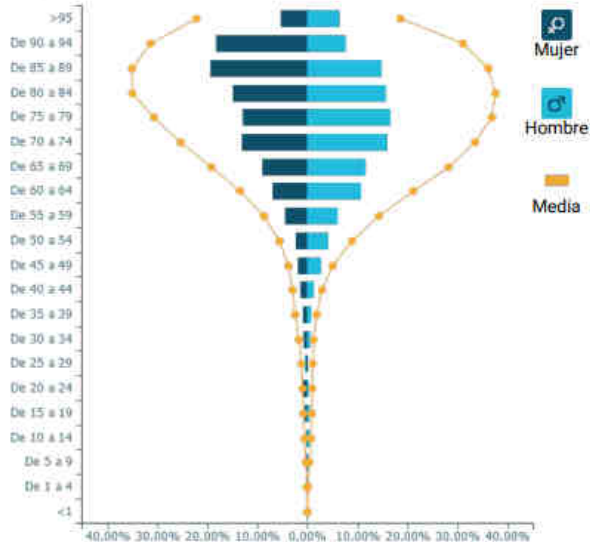
Periodo 2021, Mayo / UGC ESTEPONA OESTE

Patología BPS: Diabetes. Categoría BPS: Endocrino.

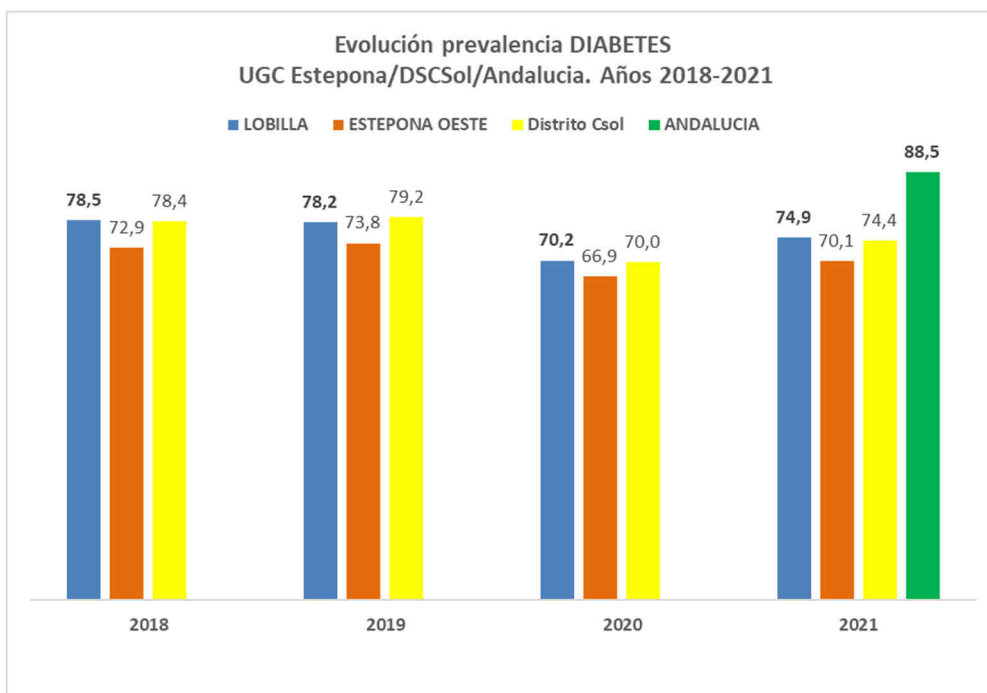


Periodo 2021, Mayo / UGC LA LOBILLA

Patología BPS: Diabetes. Categoría BPS: Endocrino.



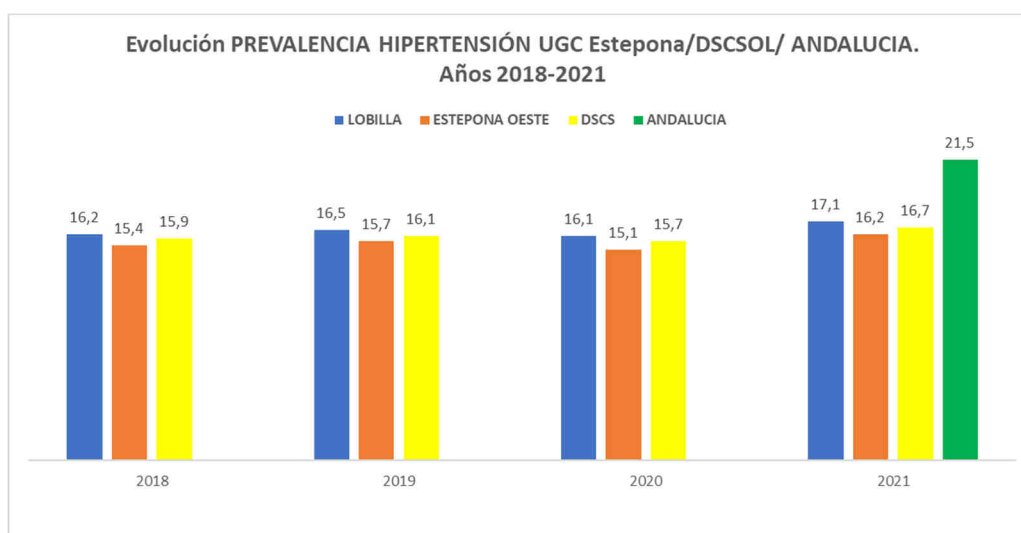
La evolución de prevalencias de Diabetes en los años estudiados en su conjunto, son más altas en UGC La Lobilla (salvo 2019) vs UGC Estepona y conjunto del distrito. En 2021 el conjunto de Andalucía supera a el conjunto del DSCS y UGC de Estepona en casi 8 puntos.



Conclusión: **Mayor prevalencia en hombres que en mujeres. Mayor prevalencia en UGC de La Lobilla en todas las series.**

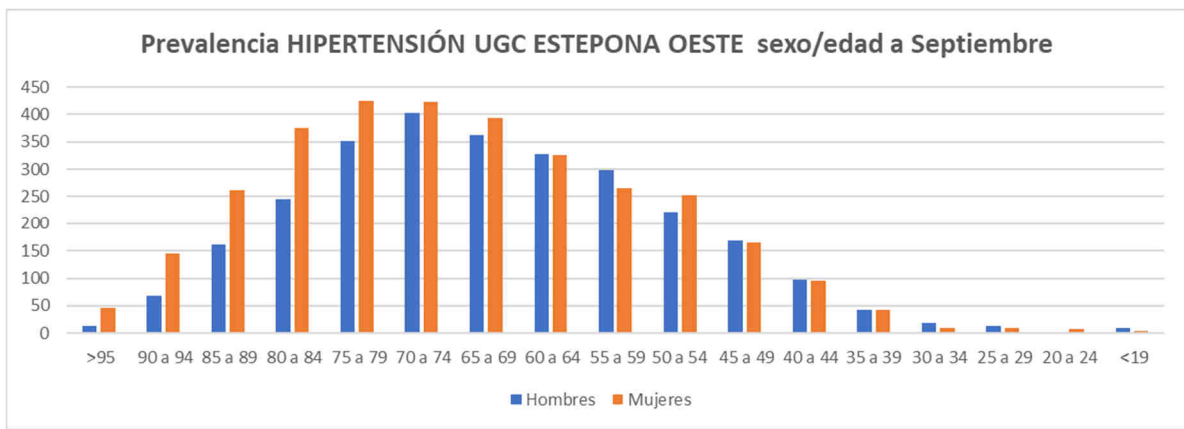
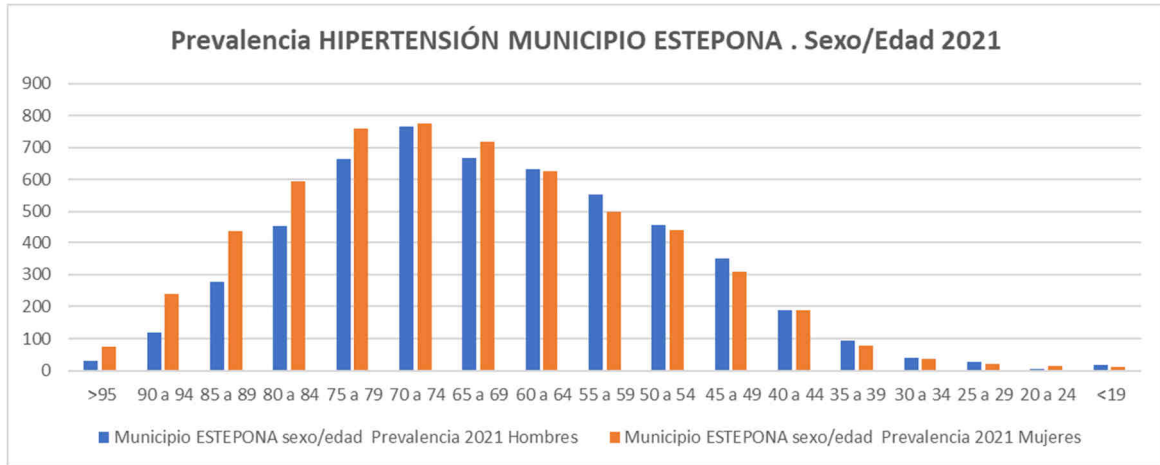
• HIPERTENSIÓN

Se muestra información de HIPERTENSIÓN para el conjunto de Andalucía, Provincias, DSCSol y UGC de Estepona año 2018-septiembre 2021:

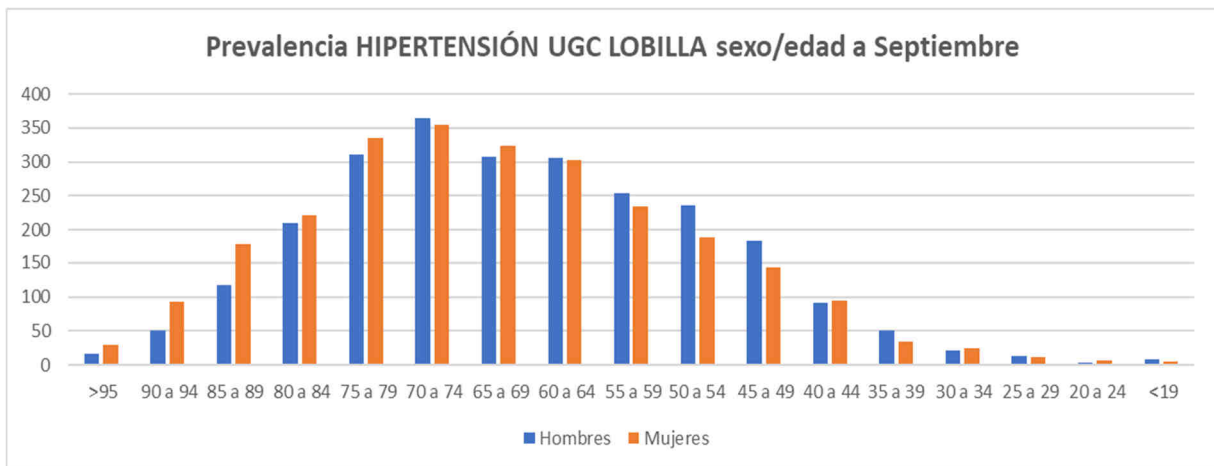


La UGC de Lobilla presenta prevalencia mas alta en todas las series con respecto a la UGC de Estepona Oeste y Distrito. Andalucía supera en 2021 a las 2 UGC y el conjunto del Distrito.

En el conjunto del municipio la prevalencia de HTA es mas alta en mujeres a partir de los 70 años (viven mas). Afecta a un total de 5829 mujeres y 5348 hombres.

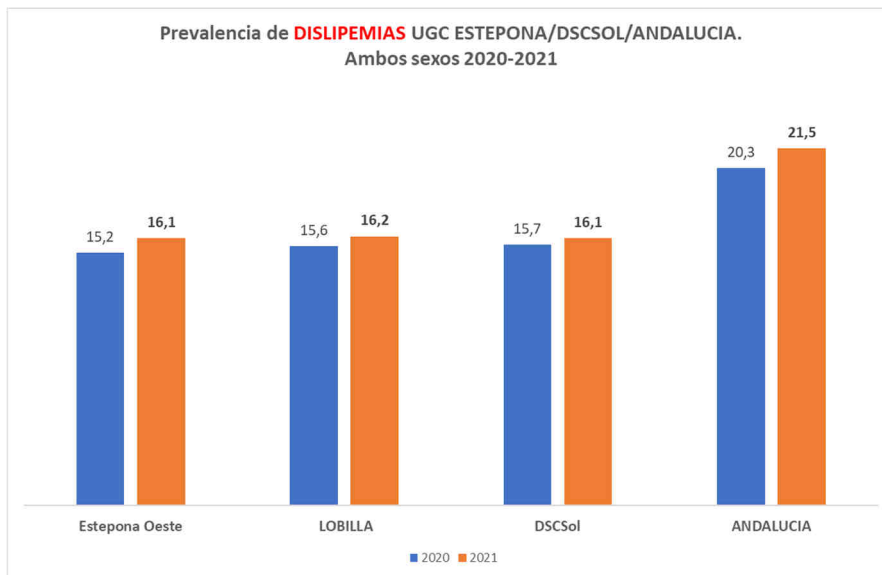


La HTA en UGC Estepona Oeste afecta al 53,60% mujeres vs 46,30% hombres. Edad media es >65 años (70-79 años). El 59,78% de sus usuarios afectados tiene más de 64 años frente al 55,33% del SSPA.

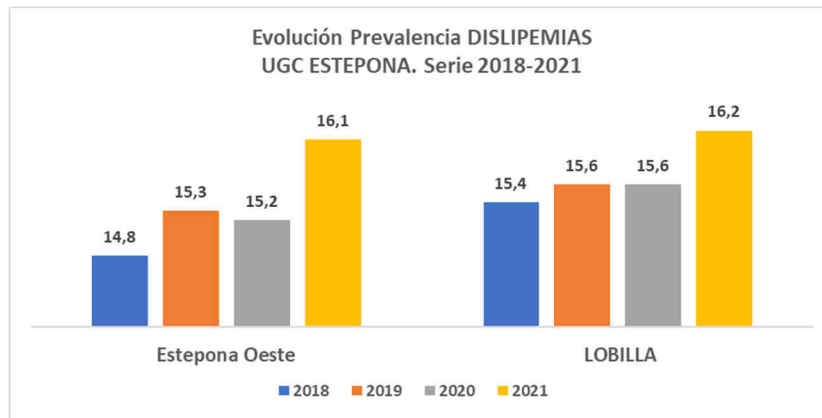


La HTA en UGC La Lobilla afecta al al 50,37% de mujeres frente al 49,7% de los hombres. La prevalencia en mujeres es 3,3 puntos inferior a la UGC de Estepona Oeste (53,6%).

• **DISLIPEMIAS**

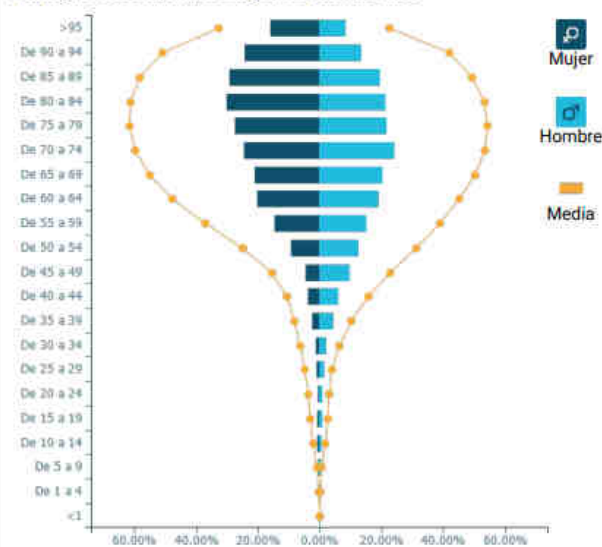


La prevalencia de Dislipemia en 2021 ha aumentado para todas las series estudiadas con respecto a 2020.



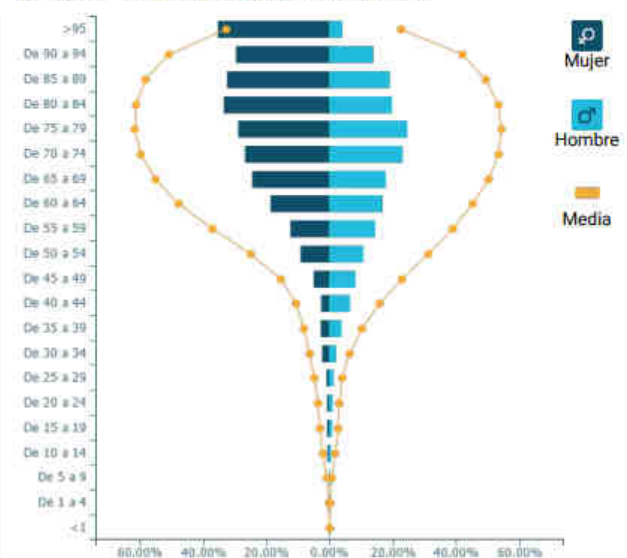
Periodo 2021, Mayo / UGC LA LOBILLA

Patología BPS: Dislipemia. Categoría BPS: Endocrino.



Periodo 2021, Mayo / UGC ESTEPONA OESTE

Patología BPS: Dislipemia. Categoría BPS: Endocrino.

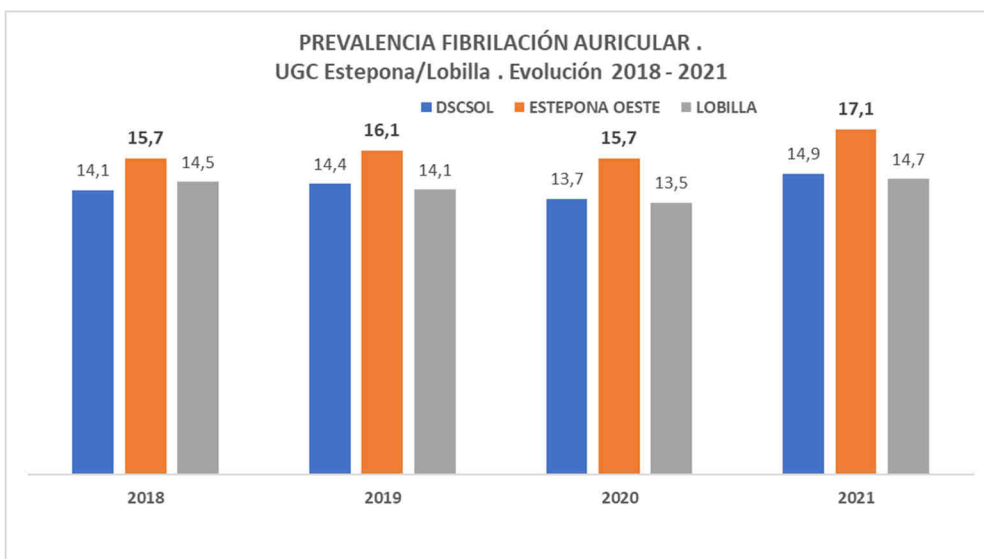
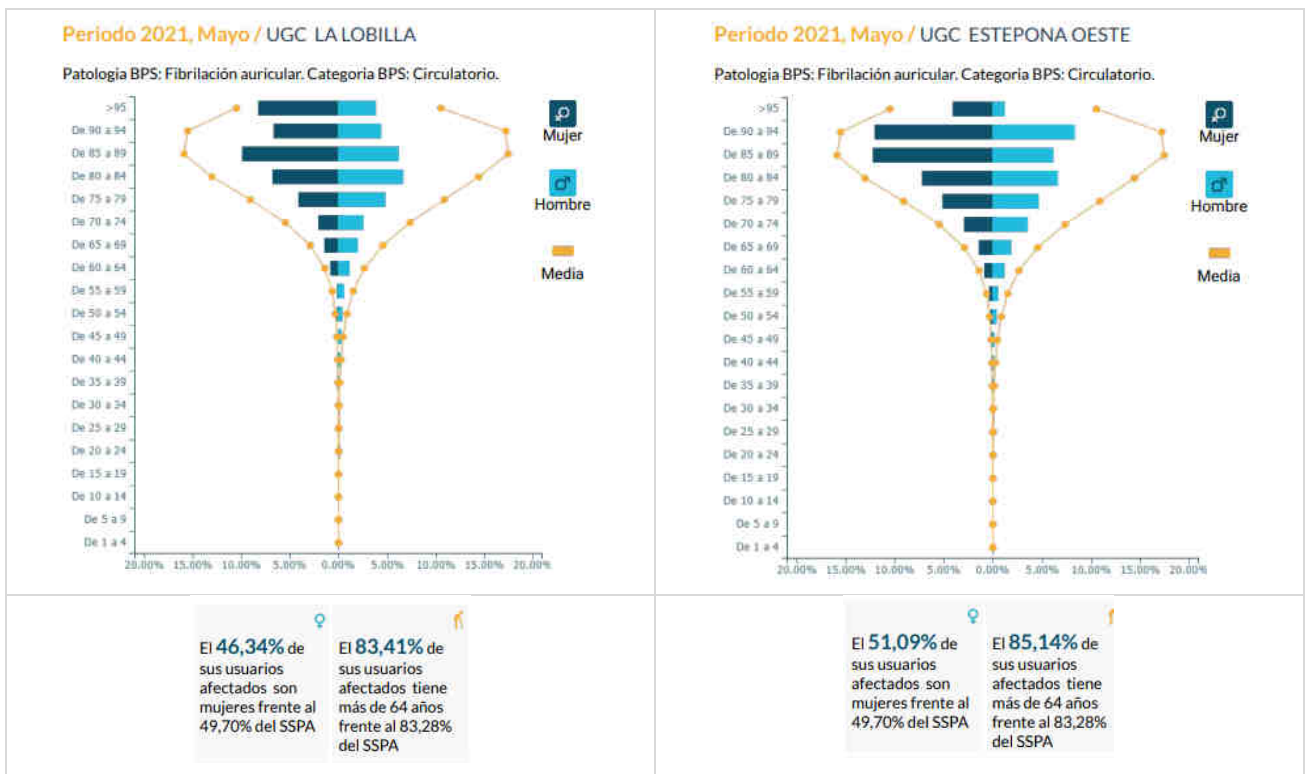


El 48,1% de los usuarios afectados de La Lobilla son mujeres y el 45% son mayores de 64 años vs el 51,4% de mujeres afectadas de Estepona Oeste con un 50,4% mayores de 64 años.

• **PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CARDÍACA EN LA POBLACIÓN USUARIA DEL SAS (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD)**

➤ **FIBRILACIÓN AURICULAR**

La fibrilación auricular es un ritmo cardíaco irregular y a menudo muy rápido (arritmia) que puede provocar coágulos de sangre en el corazón. Los factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo de fibrilación auricular entre otros son **la edad**, la enfermedad cardiaca, la hipertensión arterial, **la obesidad....**



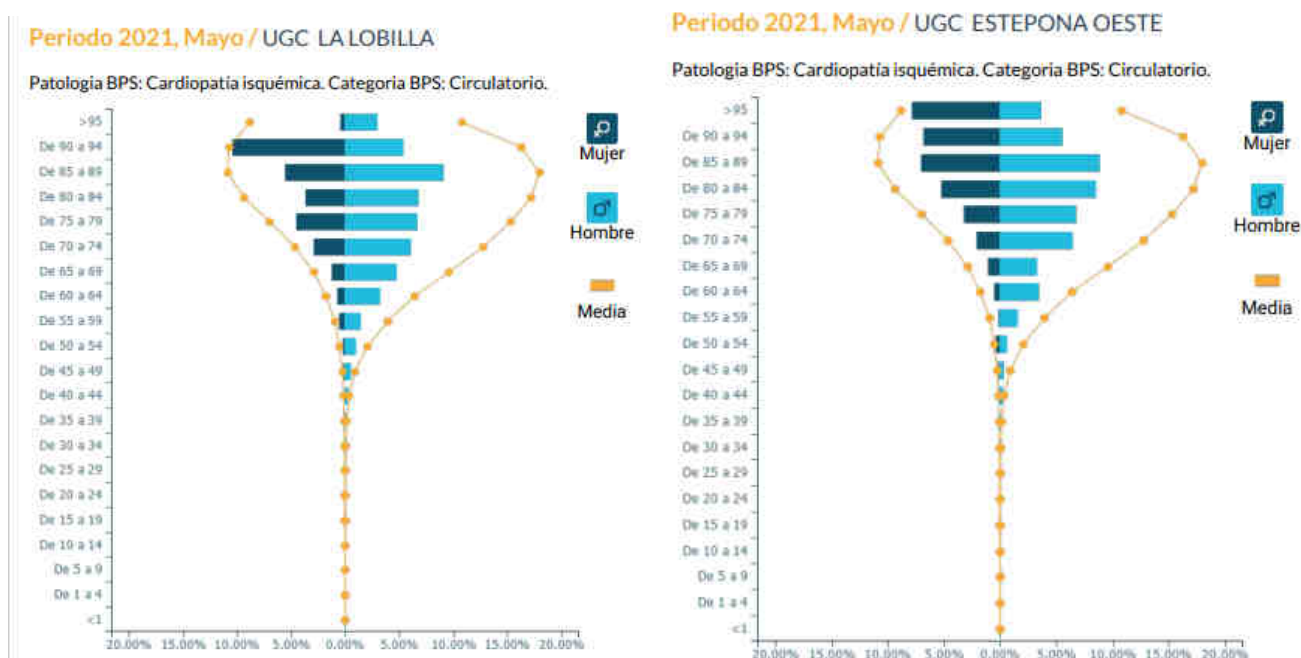
Mayor prevalencia en **mujeres**. La **UGC Estepona Oeste** mayor prevalencia que UGC La Lobilla y DSCSol en todas las series.

➤ **CARDIOPATIA ISQUEMICA**

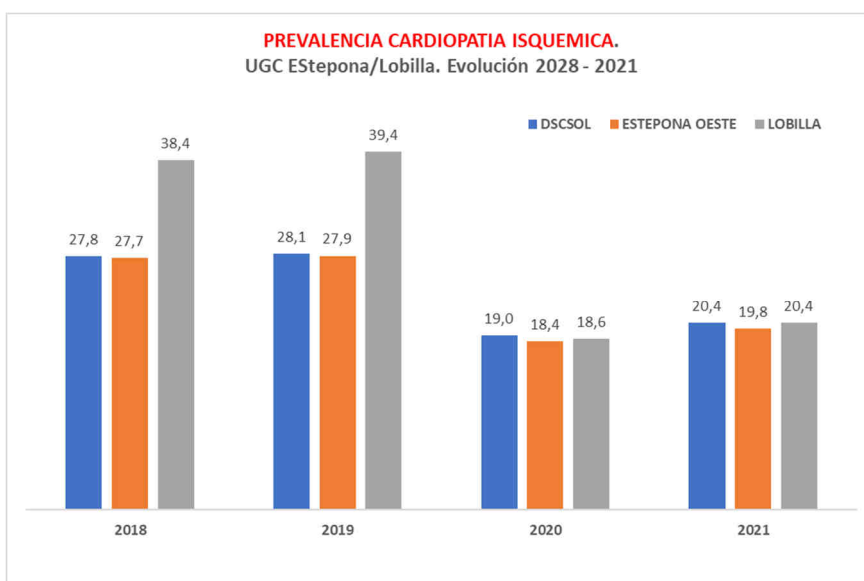
La cardiopatía isquémica se produce porque la sangre tiene dificultades para pasar por las arterias coronarias debido a que existen numerosas obstrucciones en su interior. Dichas obstrucciones son debidas a la presencia de placas llenas de grasa denominadas **placas de ateroma** que aparecen en el contexto de una enfermedad llamada arteriosclerosis.

La arteriosclerosis es un proceso relacionado con la edad y más frecuente en el sexo masculino.

La arteriosclerosis tiene un componente genético, pero también está influida por numerosos factores (denominados **factores de riesgo cardiovascular**) entre los que se encuentran: **El consumo de tabaco. La concentración elevada de colesterol malo (LDL). El descenso del colesterol bueno (HDL). La diabetes. La hipertensión arterial. La obesidad y el sedentarismo.**



Mayor prevalencia en **hombres**. Mayor prevalencia del CS Lobilla (80,2) vs (70,5) CS Estepona Oeste:

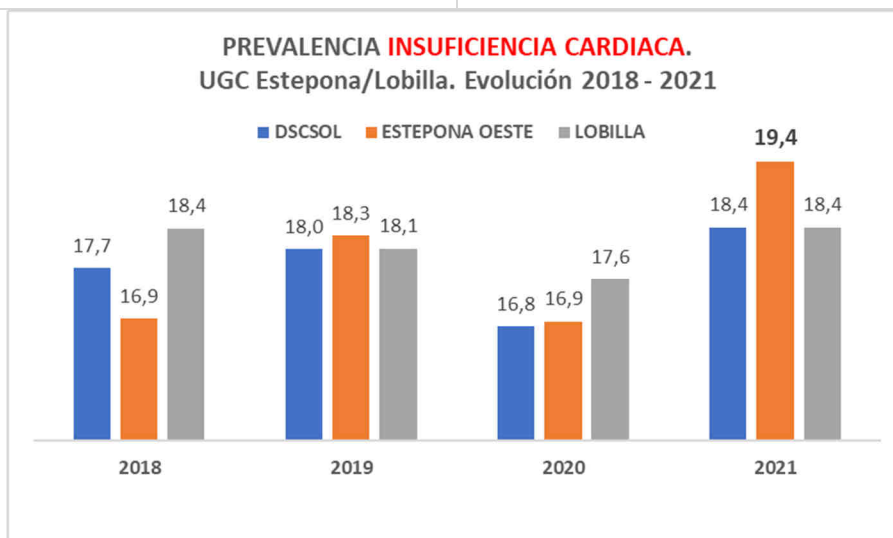
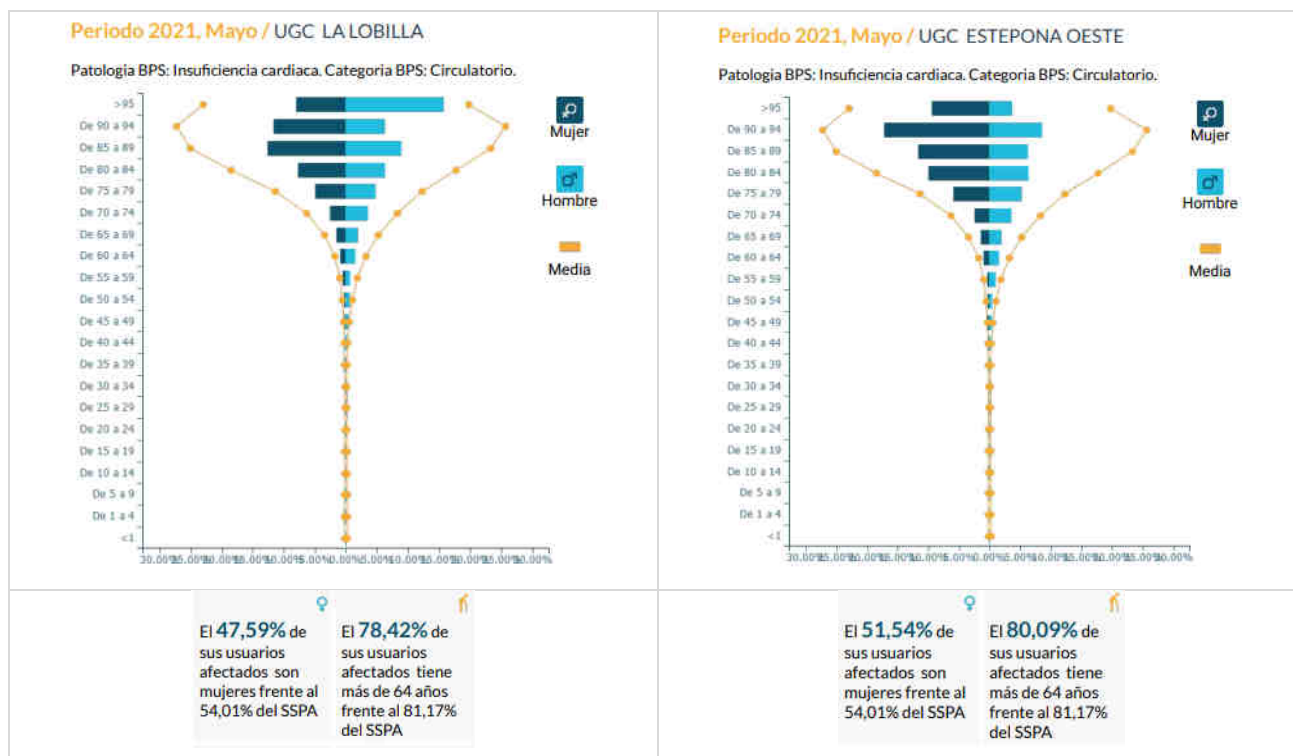


Descenso acusado de la prevalencia en la UGC de La Lobilla, para igualarse en 2020 y 2021 con la media del DSCSol y la UGC de Estepona.

➤ INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardíaca se produce cuando la acción de contracción o de relajación del corazón es inadecuada, por lo general porque el músculo cardíaco está débil, rígido o ambas cosas. Muchos trastornos que afectan al corazón causan insuficiencia cardíaca.

Una forma de prevenir la insuficiencia cardíaca es prevenir y controlar las afecciones que pueden causarla, como la enfermedad de las arterias coronarias, la presión arterial alta, la diabetes y la obesidad.



Tras la bajada en 2020 debido probablemente a la pandemia, nos encontramos cifras similares a las de 2019 para la UGC de Lobilla y el conjunto del DSCSol, salvo para la UGC de Estepona que sufre un aumento considerable.

• **ARTROSIS y ESPONDILOARTROSIS**

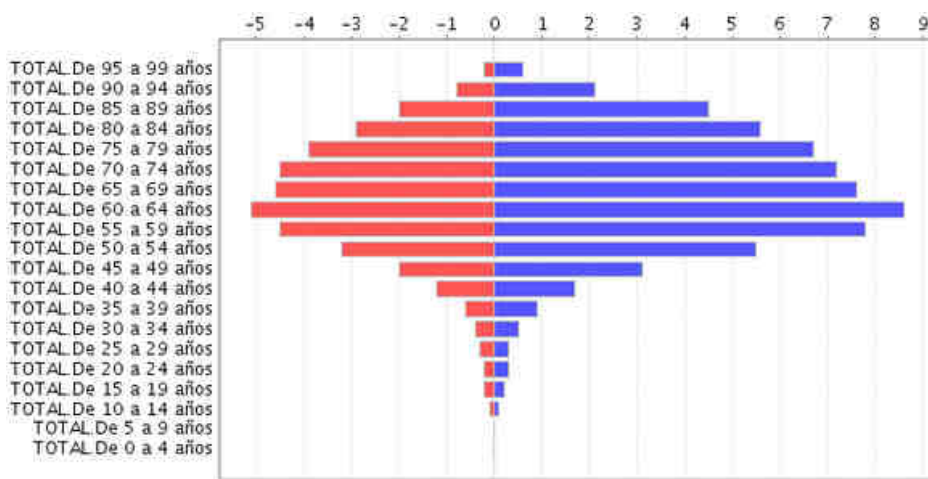
La artrosis de la columna vertebral es una enfermedad degenerativa de los cartílagos de las articulaciones que puede afectar a la zona cervical, lumbar o dorsal. La espondiloartrosis es un tipo de artrosis que afecta a la columna vertebral, en la que las vértebras, los discos y el cartílago se deterioran. Al deteriorarse el cartílago, las vértebras y los discos quedan desprotegidos y pueden rozarse. Esto provoca fuertes dolores de espalda y rigidez

ANDALUCIA 2020:

Prevalencia de artrosis en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud

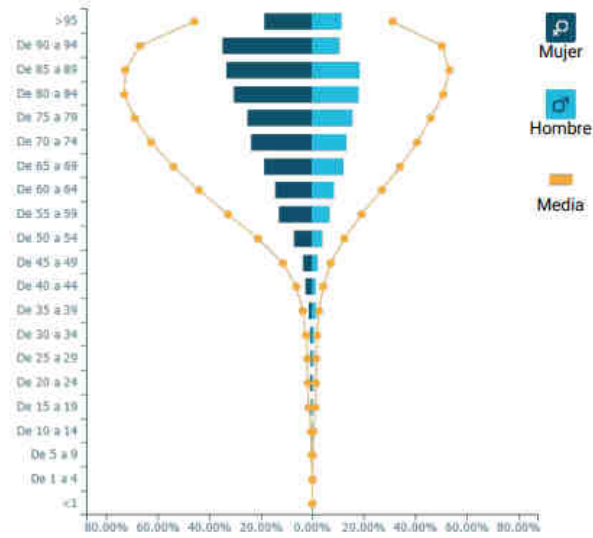
Territorio	Sexo			Mujeres			Hombres		
	Ambos sexos			Personas atendidas	Prevalencia	Nuevos diagnósticos	Personas atendidas	Prevalencia	Nuevos diagnósticos
Andalucía	1.186.066	15,0	54.558	751.525	18,9	30.881	434.494	11,0	23.674
Málaga	206.633	13,5	9.700	131.882	17,0	5.594	74.724	9,9	4.105

Distribución por edad y sexo de los casos de Artrosis



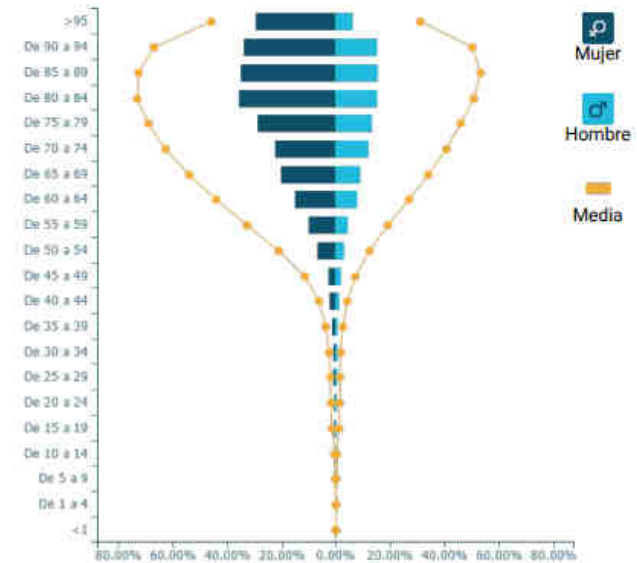
Periodo 2021, Mayo / UGC LA LOBILLA

Patología BPS: Artrosis, espondilosis. Categoría BPS: Osteomuscular.



Periodo 2021, Mayo / UGC ESTEPONA OESTE

Patología BPS: Artrosis, espondilosis. Categoría BPS: Osteomuscular.



El **63,92%** de sus usuarios afectados son mujeres frente al 64,44% del SSPA

El **58,19%** de sus usuarios afectados tiene más de 64 años frente al 56,99% del SSPA

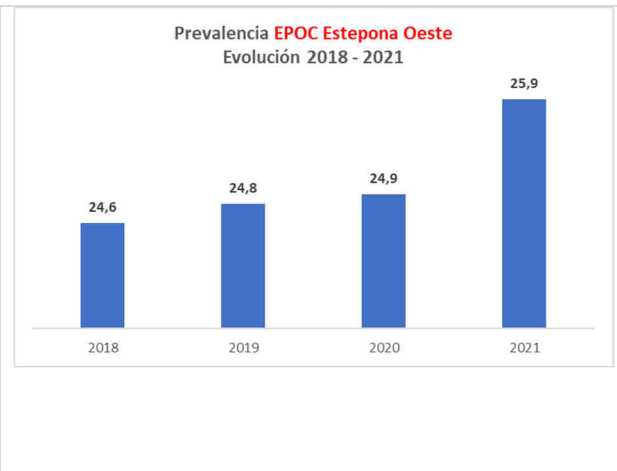
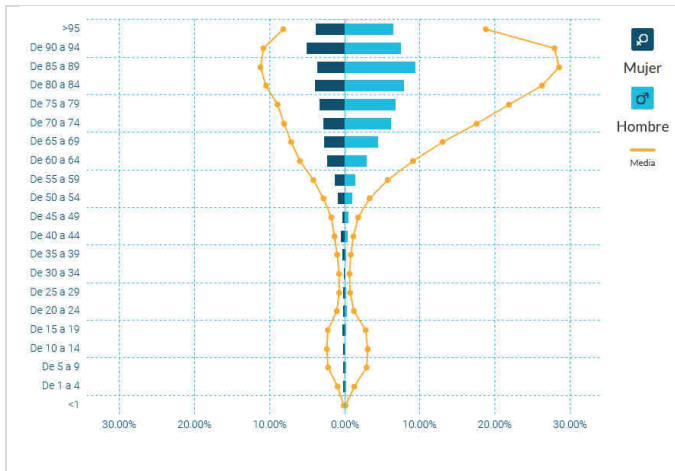
El **67,33%** de sus usuarios afectados son mujeres frente al 64,44% del SSPA

El **62,38%** de sus usuarios afectados tiene más de 64 años frente al 56,99% del SSPA

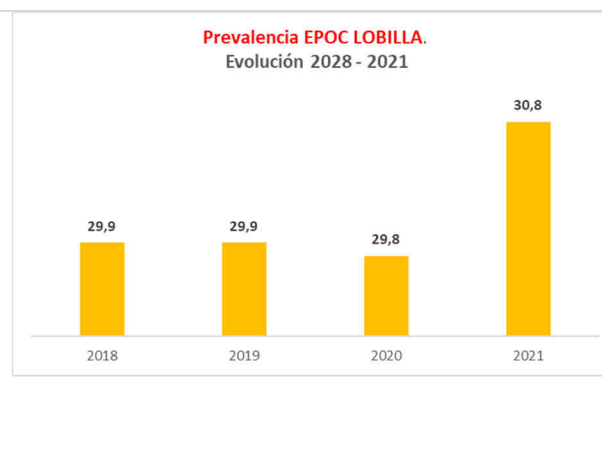
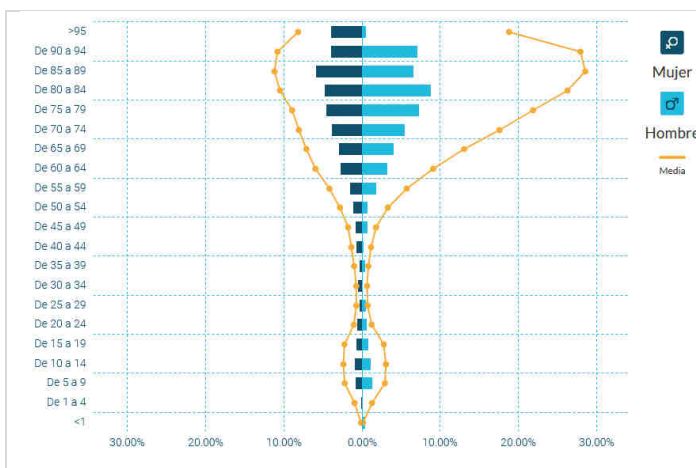
• ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

➤ EPOC

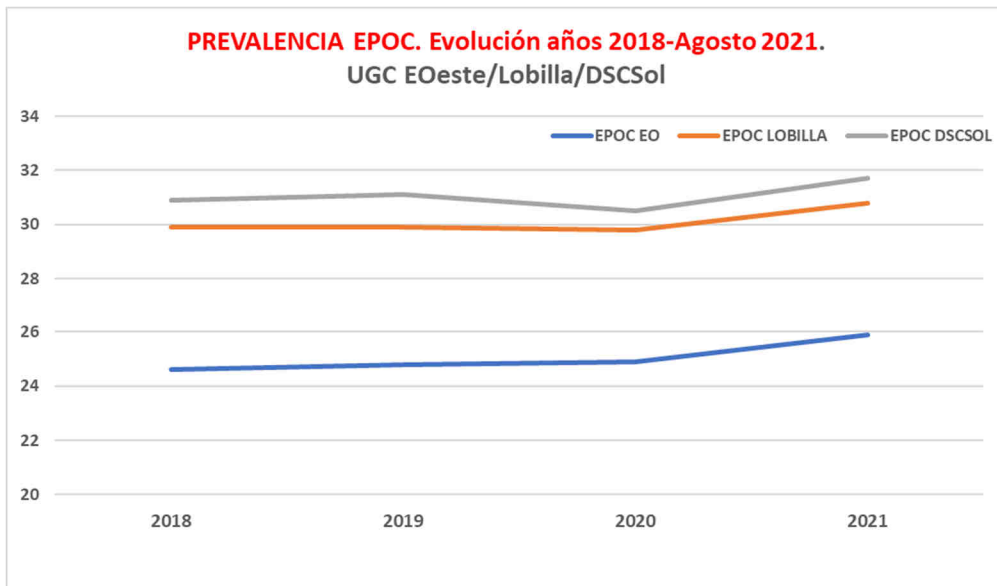
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones.



Prevalencia en la UGC Estepona Oeste en aumento. El 63% hombres. El 62,5% > 64 años.



Prevalencia en la UGC Lobilla. En aumento. El 57% hombres. El 52% > de 64 años.

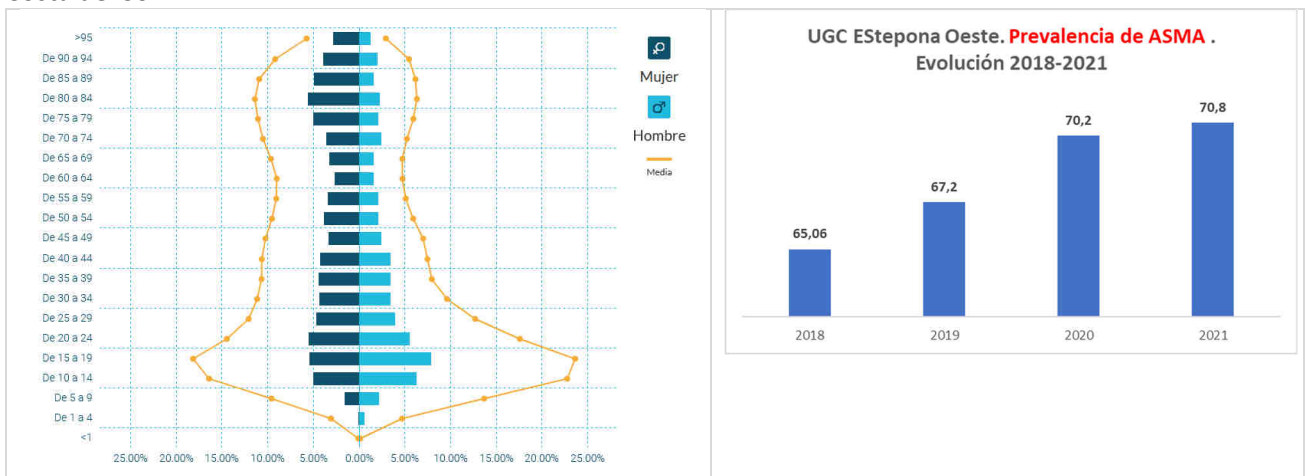


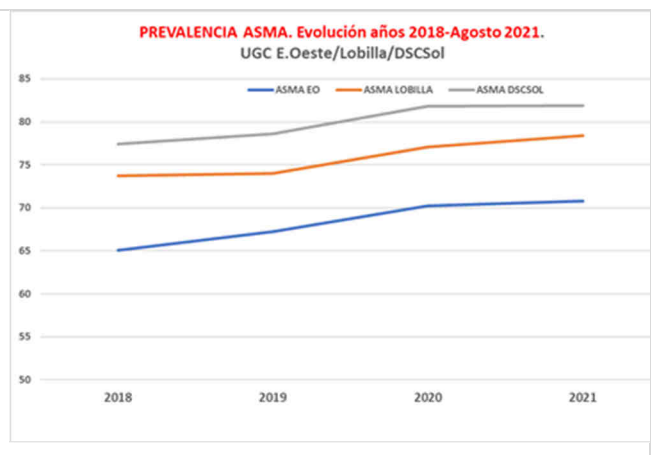
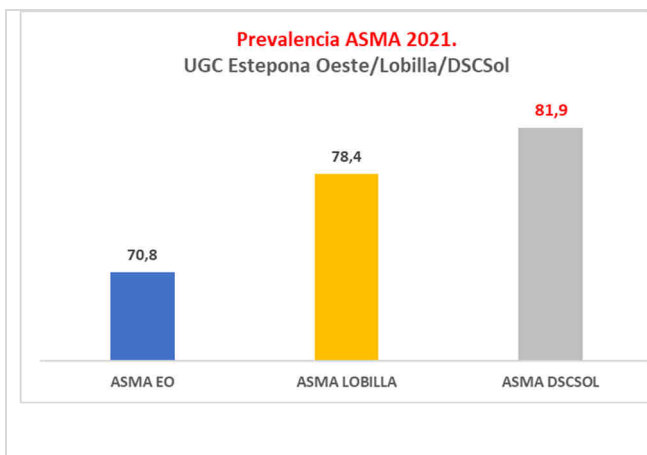
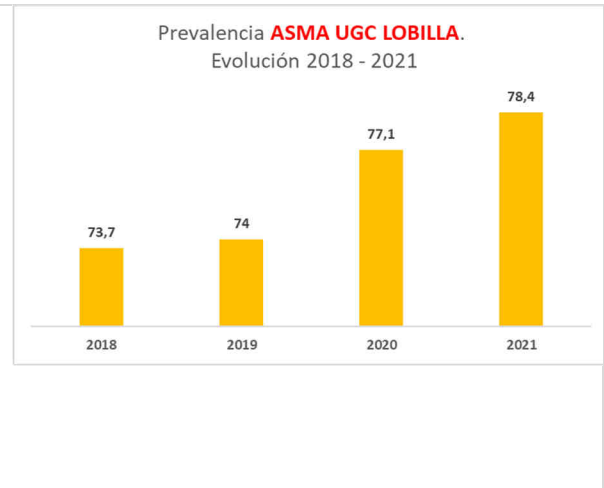
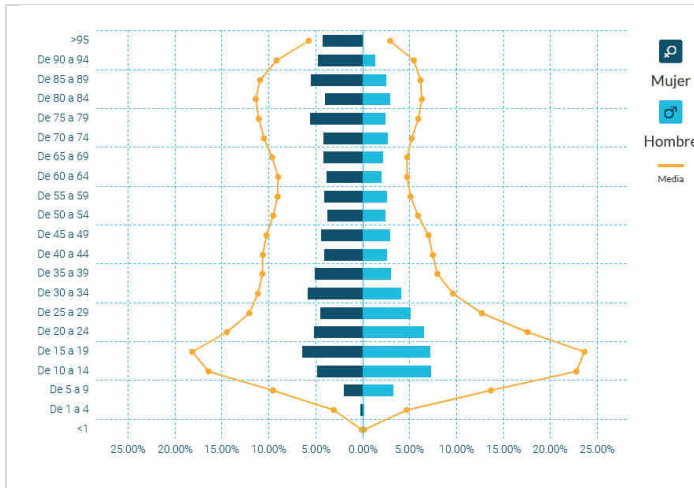
Conclusión: La evolución de la prevalencia del EPOC en las dos UGC del municipio de Estepona está por debajo de la media del DSCSol en todos los años estudiados, aunque hay tendencia en todas ellas al aumento. En todas las series la UGC de la Lobilla supera a UGC de Estepona. En ningún caso la RE es significativa.

➤ **ASMA**

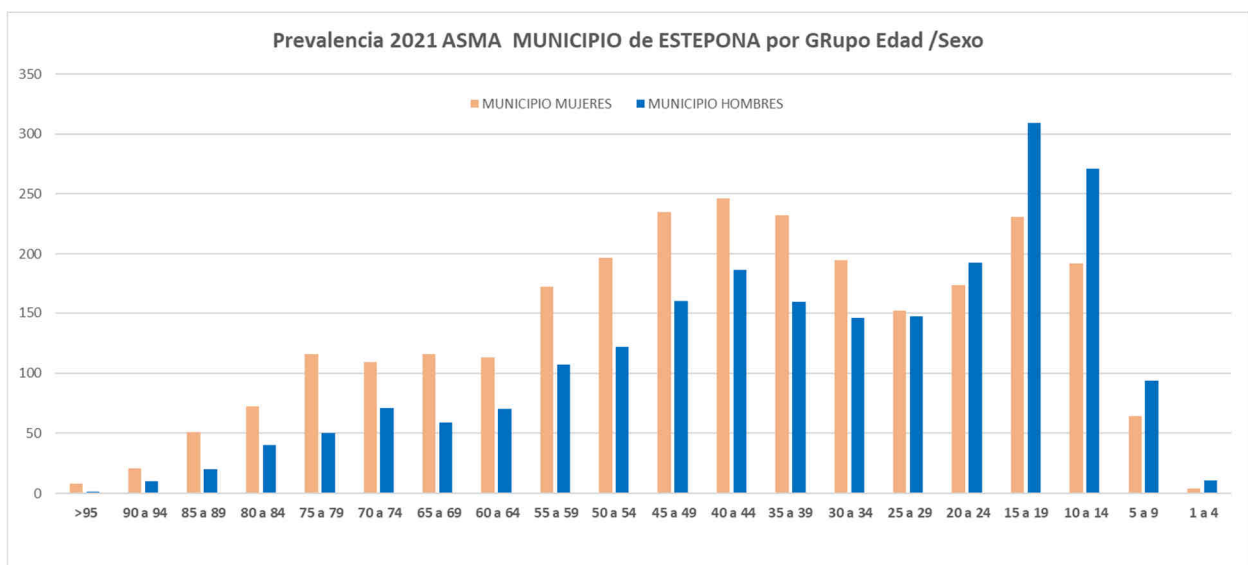
Se han vinculado factores genéticos, ambientales y ocupacionales a la aparición del asma. Como factores desencadenantes se encuentran: Humo de tabaco; Ácaros del polvo; Contaminación del aire exterior; Plagas (p. ej., cucarachas, ratones); Mascotas: Moho...

Las prevalencias de Asma por UGC de Estepona y evolución 2018-2021 y comparación con el Distrito Sanitario Costa del Sol:





Conclusión: La evolución de la prevalencia del ASMA en las dos UGC del municipio de Estepona está **por debajo del conjunto del DSCSol en todos los años estudiados**. Encontramos **mayor prevalencia de asma en la UGC de La Lobilla vs Estepona en todas las series estudiadas (en aumento)**.



Mayor proporción de mujeres que hombres. El 85,4% tiene menos de 64 años.

- **NEOPLASIAS**

Estimaciones de la incidencia de cáncer en Andalucía, 2020:

Se estima que en el año 2020 se diagnosticaron 43.584 casos nuevos de cáncer (sin incluir el cáncer de piel no melanoma) en la comunidad autónoma de Andalucía.

El 57,4% de los casos fueron diagnosticados en **hombres**, siendo los cánceres más frecuentes los de **próstata (4.338 casos), pulmón (3.618 casos) y vejiga urinaria (2.913 casos)**.

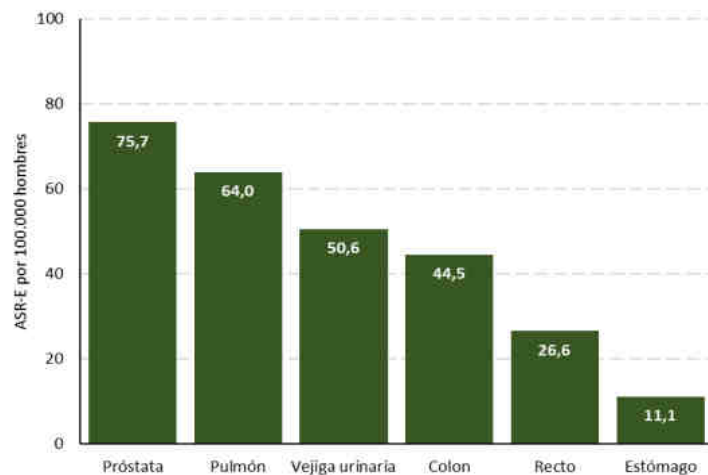
En **mujeres**, las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron el **cáncer de mama (5.209 casos), el cáncer de colon (1.583 casos) y el cáncer de cuerpo uterino (1.130 casos)**.

El **cáncer de colon-recto**, con 6.641 casos (61,7% en hombres), fue el cáncer **más frecuente en ambos sexos**.

Las tasas brutas del total del cáncer, excepto piel no melanoma, fueron de 597,9 y 432,6 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente.

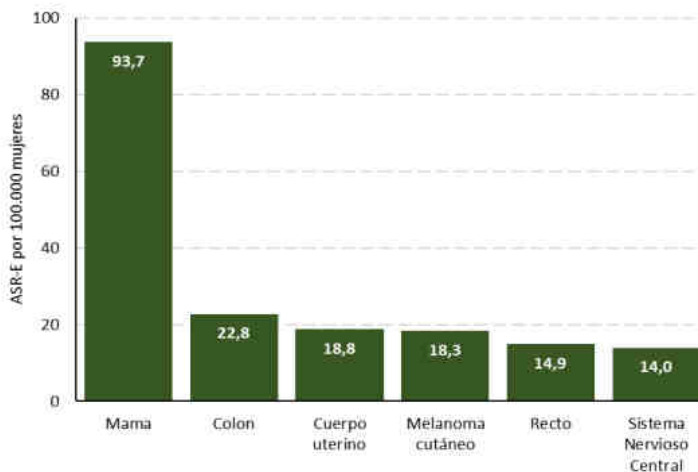
En la siguiente tabla se presentan las estimaciones de la incidencia de cáncer en Andalucía para el año 2020, por sexo y localización anatómica. Generalmente en los países menos desarrollados las tasas de mortalidad y natalidad son más altas, mientras que en los más desarrollados las tasas de mortalidad y natalidad son más bajas.

Gráfico 1. Estimaciones de la incidencia de cáncer en Andalucía para el año 2020 en hombres. Tasas estandarizadas por la población europea de 1976 (ASR-E) por 100.000 hombres.



Fuente: Registro de Cáncer de Andalucía.

Gráfico 2. Estimaciones de la incidencia de cáncer en Andalucía para el año 2020 en mujeres. Tasas estandarizadas por la población europea de 1976 (ASR-E) por 100.000 mujeres.



NEOPLASIAS en las UUGC ESTEPONA

La neoplasia con significación estadística en Estepona es el **Melanoma de piel**.

Respecto a la población de referencia de Andalucía, y en las neoplasias estudiadas del municipio en que el estimador puntual es > 1 , estimamos que **existe un riesgo incrementado respecto a dicha población de referencia**:

- Así este riesgo estaría incrementado para los **cánceres de estómago y melanoma de piel en las dos UUGC de Estepona**.
- Para la población adscrita a la **UGC de Estepona Oeste (EO)** los cánceres de **cáncer de cabeza y cuello, hígado y vías biliares, páncreas y útero**.
- Finalmente, para la población adscrita a la **UGC de La Lobilla el Sarcoma de Kaposi**.

Todos estos datos serían meramente orientativos y se debería hacer un seguimiento y estudio futuro en mayor profundidad.

NEOPLASIAS UGC ESTEPONA OESTE	UGC ESTEPONA OESTE							Distrito C.Sol	SSPA
	Casos				Prevalencia	RE	IC 95%	RE	Prevalencia
	2018	2019	2020	2021	Prevalencia 2021	RE 2021	IC 95% 2021	2021	2021
Cáncer de cabeza y cuello	81	80	70	86	2,29‰	1,09	0,87 - 1,36	0,81	2,17‰
Cáncer de estómago	19	25	22	27	0,64‰	1,21	0,77 - 1,81	0,92	0,55‰
Cáncer de hígado y vías biliares	24	25	17	27	0,62‰	1,13	0,71 - 1,71	0,81	0,57‰
Cáncer de páncreas	14	17	18	24	0,53‰	1,52	0,91 - 2,37	1,01	0,36‰
Melanoma de piel	68	75	84	93	2,47‰	1,11	0,89 - 1,37	1,15	2,28‰
Cáncer de testículo	19	20	19	20	0,55‰	1,19	0,73 - 1,84	0,88	0,47‰

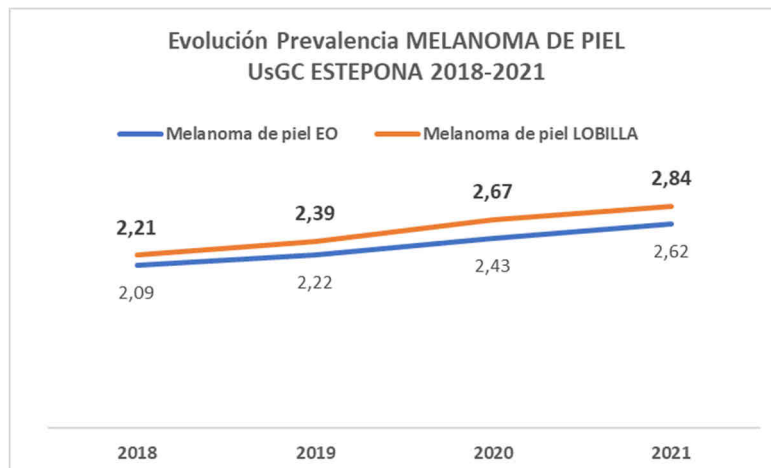
NEOPLASIAS UGC ESTEPONA OESTE	UGC ESTEPONA OESTE							Distrito C.Sol	SSPA
	Casos UGC ESTEPONA OESTE				Prevalencia	RE	IC 95%	RE	Prevalencia
	2018	2019	2020	2021	Prevalencia 2021	RE 2021	IC 95% 2021	2021	2021
Cáncer colorrectal	166	174	162	190	5,00‰	0,86	0,74 - 0,99	0,79	6,07‰
Cáncer de bronquio y pulmón	55	57	63	59	1,36‰	0,93	0,69 - 1,23	1,03	1,51‰
Cáncer de mama	283	299	283	320	8,56‰	0,84	0,75 - 0,94	0,90	10,52‰

En la UGC de Lobilla encontramos con significación estadística el Melanoma de Piel, Sarcoma de Kaposi y Cáncer de Bronquio y Pulmón. La RE esta es > 1 y está por encima de la media andaluza, aunque hay IC significativos, habría que hacer seguimiento de dicha información y observar si sube, baja o se mantiene:

NEOPLASIAS UGC LOBILLA	UGC LOBILLA							Distrito C.Sol	SSPA
	Casos				Prevalencia	RE	IC 95%	RE	Prevalencia
	2018	2019	2020	2021	Prevalencia 2021	RE 2021	IC 95% 2021	2021	2021
Cáncer de estómago	19	19	18	17	0,56‰	1,08	0,62 - 1,75	0,92	0,55‰
Melanoma de piel	62	74	76	85	2,84‰	1,29	1,03 - 1,6	1,15	2,28‰
Cáncer de próstata	163	166	139	187	6,06‰	0,95	0,81 - 1,1	1,01	6,42‰
Sarcoma de Kaposi	2	3	3	3	0,10‰	1,61	0,3 - 4,77	2,06	0,07‰

NEOPLASIAS UGC LOBILLA	UGC LOBILLA							Distrito C.Sol	SSPA
	Casos				Prevalencia	RE	IC 95%	RE	Prevalencia
	2018	2019	2020	2021	Prevalencia 2021	RE 2021	IC 95% 2021	2021	2021
Cáncer colorrectal	119	123	125	141	4,71‰	0,82	0,69 - 0,97	0,79	6,07‰
Cáncer de bronquio y pulmón	55	60	53	65	1,87‰	1,28	0,96 - 1,66	1,03	1,51‰
Cáncer de mama	241	262	240	271	9,09‰	0,92	0,81 - 1,04	0,90	10,52‰

• MELANOMA DE PIEL

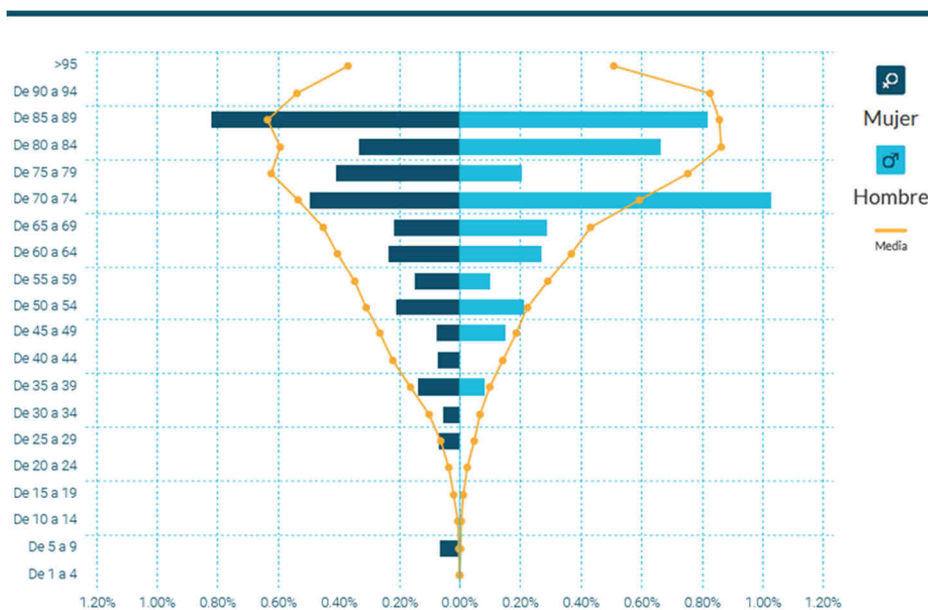


UGC LA LOBILLA

El 47,62% de sus usuarios afectados son mujeres, frente al 55,17% del SSPA

El 52,38% de sus usuarios afectados tiene más de 64 años, frente al 45,23% del SSPA

Sexo:	UGC LA LOBILLA				Distrito	SSPA
	2018	2019	2020	2021	2021	2021
Usuarios con la patología	62	74	76	85	1.435	20.006
Edad media	63	63	62	63	63	62
% Mujeres	45,90%	47,95%	50,00%	47,62%	54,80%	55,17%
Prevalencia *	2,11‰	2,39‰	2,67‰	2,84‰	2,62‰	2,28‰
Casos incidentes	6	13	7	5	110	1.613



UGC Estepona Oeste MELANOMA

El 56,18% de sus usuarios afectados son mujeres, frente al 55,17% del SSPA

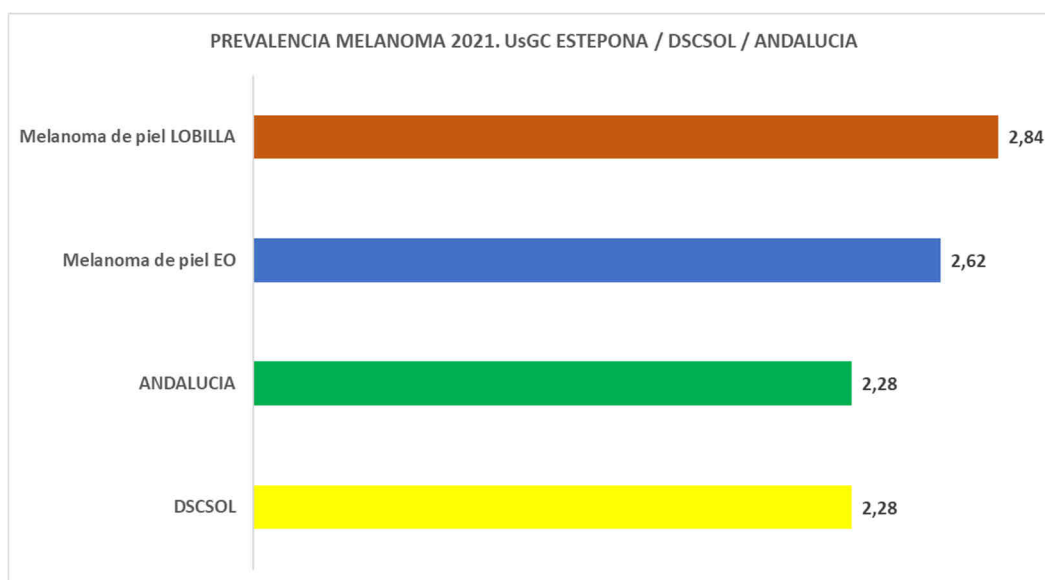
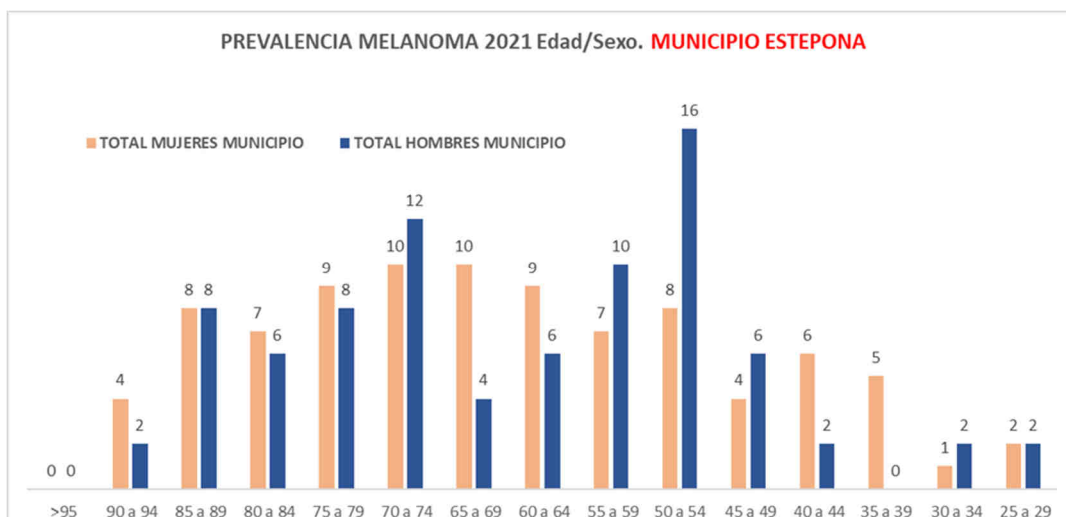
El 53,93% de sus usuarios afectados tiene más de 64 años, frente al 45,23% del SSPA

	UGC ESTEPONA OESTE				Distrito	SSPA
	2018	2019	2020	2021	2021	2021
Usuarios con la patología	68	75	84	93	1.435	20.006
Edad media	63	65	63	65	63	62
% Mujeres	53,03%	54,05%	53,01%	56,18%	54,80%	55,17%
Prevalencia *	1,79‰	1,92‰	2,27‰	2,47‰	2,62‰	2,28‰
Casos incidentes	7	8	15	1	110	1.613

Periodo 2021, Septiembre / UGC ESTEPONA OESTE

Patología BPS: Melanoma de piel. Categoría BPS: Neoplasias.





- PREVALENCIA DE CÁNCER (COLORRECTAL, MAMA, PULMÓN) EN LA POBLACIÓN USUARIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. 2020**

Código Patologías BPS	Sexo			Mujeres			Hombres		
	Personas atendidas	Prevalencia	Nuevos diagnósticos	Personas atendidas	Prevalencia	Nuevos diagnósticos	Personas atendidas	Prevalencia	Nuevos diagnósticos
Cáncer colorrectal	44.088	0,5	6.029	19.293	0,5	2.456	24.793	0,6	3.573
Cáncer de bronquio y pulmón	13.601	0,1	4.147	3.790	0,1	968	9.809	0,2	3.179
Cáncer de mama	75.529	0,9	5.703	73.636	1,8	5.433	1.864	0,0	260

- DISTRIBUCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL**

El cáncer colorrectal es el segundo tumor maligno más frecuente en la mayoría de los países occidentales con un aumento de incidencia que se viene experimentando en las últimas décadas.

Su frecuencia se ha relacionado con el desarrollo económico.

La incidencia aumenta sobre todo a partir de los 60 años.

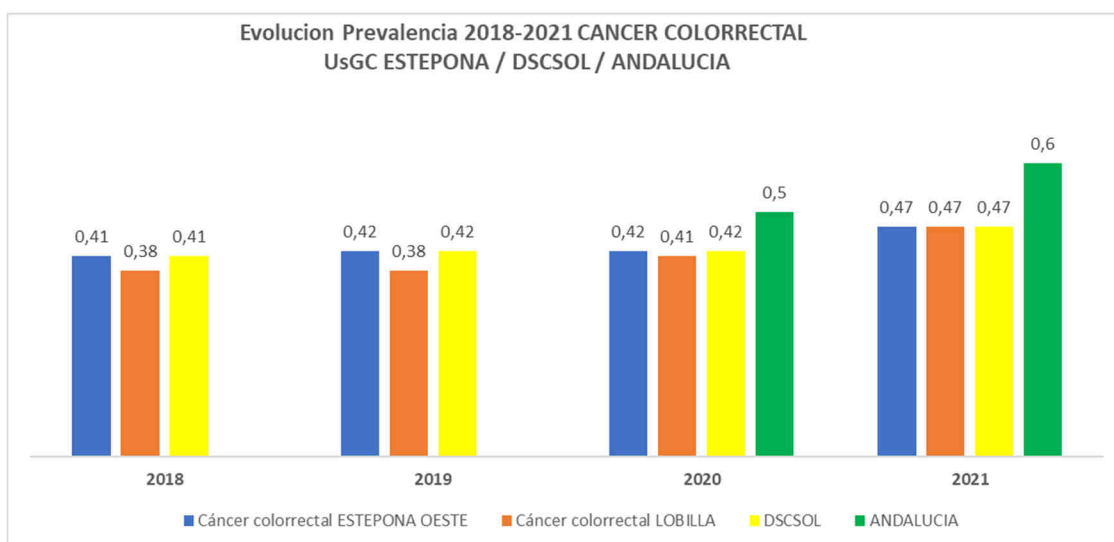
La predisposición genética se asocia al 10-15% de los casos.

La existencia de factores de riesgo modificables y la posibilidad de detección precoz de lesiones precancerosas (pólipos adenomatosos) permite planificar programas poblacionales basados en la prevención primaria y secundaria.

Existen evidencias epidemiológicas que sugieren que las dietas altas en grasas totales, proteínas, alcohol y carnes; y dietas bajas en calcio y folato se asocian con una mayor incidencia de CCR y de recurrencia de adenomas.

Las recomendaciones para la **prevención primaria del cáncer colorrectal son:**

- reducir la ingesta de grasa y de carnes rojas y procesadas;
- aumentar el contenido en fibra de la dieta;
- consumir frutas, legumbres y vegetales variados;
- **evitar la obesidad**
- **evitar el consumo de alcohol y tabaco;**
- **y realizar ejercicio físico regularmente.**



• DISTRIBUCIÓN DE CÁNCER BRONQUIO/PULMÓN POR EDAD Y SEXO 2020 ANDALUCIA

En los hombres el cáncer de pulmón ocupa la primera posición como causa de muerte por cáncer y una de las primeras de todas las causas de mortalidad.

En los hombres las tasas estandarizadas de mortalidad disminuyen en el periodo 2013-2017 con respecto a 2008-2012.

En las mujeres aumentan los últimos años Málaga con tasas ajustadas más elevadas y por encima de la media de Andalucía

Fumar es el factor de riesgo más importante para el cáncer de pulmón, el 80-90% de los cánceres de pulmón se dan en fumadores, o exfumadores recientes.

El riesgo es de 10 a 20 veces mayor que entre los no fumadores dependiendo de la cantidad y duración del consumo.

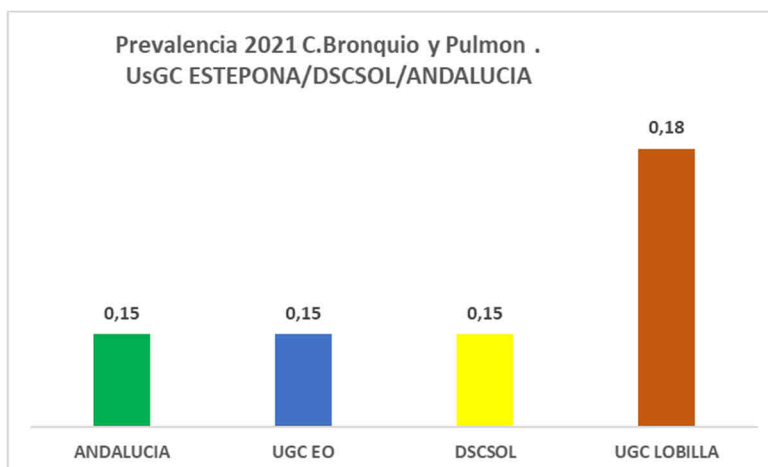
La utilización de tabaco light no varía este riesgo y los cigarrillos mentolados podrían aumentarlo.

Los fumadores pasivos tienen también un riesgo aumentado.

Dejar de fumar disminuye el riesgo de manera que al cabo de 15 años se iguala o aproxima al de los que nunca han fumado.

Las personas que han estado expuestas al asbesto (minería, fábricas textiles, aislamiento, astilleros), petróleo y derivados, presentan mayores cifras de cáncer de pulmón. También se ha relacionado con la exposición al níquel, radón y otros minerales inhalados.

La genética parece desempeñar un papel en ciertas familias con antecedentes repetidos de cáncer de pulmón.



• CÁNCER DE MAMA EN MUJERES EN ANDALUCÍA: INCIDENCIA, MORTALIDAD Y TENDENCIAS.

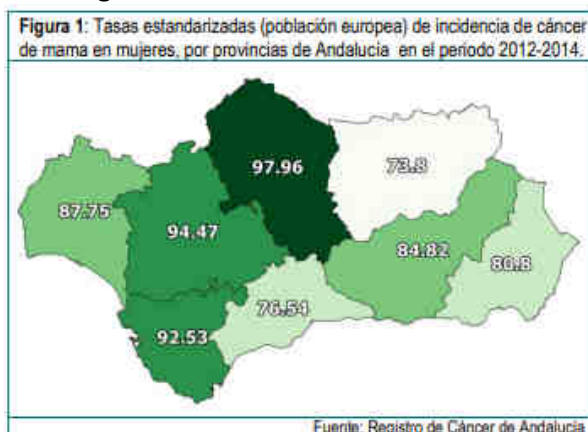
El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres tanto a nivel mundial como en el europeo, siendo también la **primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres en los países desarrollados**.

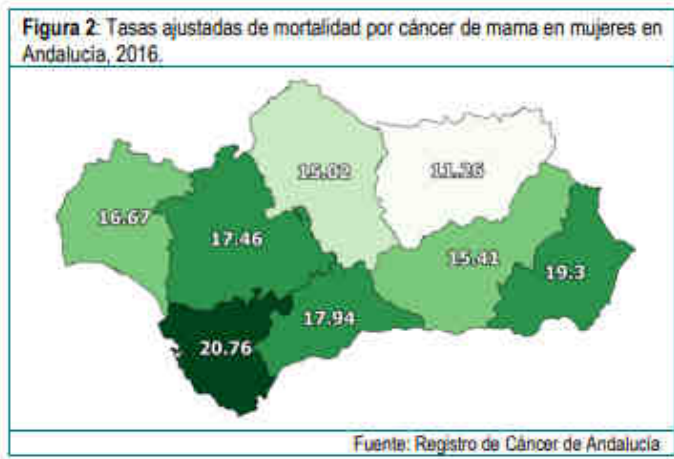
El cáncer de mama, junto al colorrectal, es la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres tanto de Andalucía como en el conjunto de España.

En España en 2018 se produjeron 6.421 defunciones en mujeres por este cáncer. En el año 2017 supuso el 14,7% de las defunciones por cáncer en mujeres. Con una tasa bruta de mortalidad de 27,38 por 105 mujeres y tasa ajustada por edad de 15,83 por 105 mujeres

Se presenta el análisis de la incidencia de cáncer de mama en mujeres en Andalucía desde el año 2008 hasta el 2014 (Extracción de datos del Registro de Cáncer de Andalucía del 11 de octubre de 2018), así como de la mortalidad provocada por el mismo, desde el año 2006 hasta el 2016 por no tener datos más actualizados.

Al igual que en otros países occidentales, **la incidencia ha aumentado durante los últimos años mientras que la mortalidad por cáncer de mama sigue una tendencia descendente:**



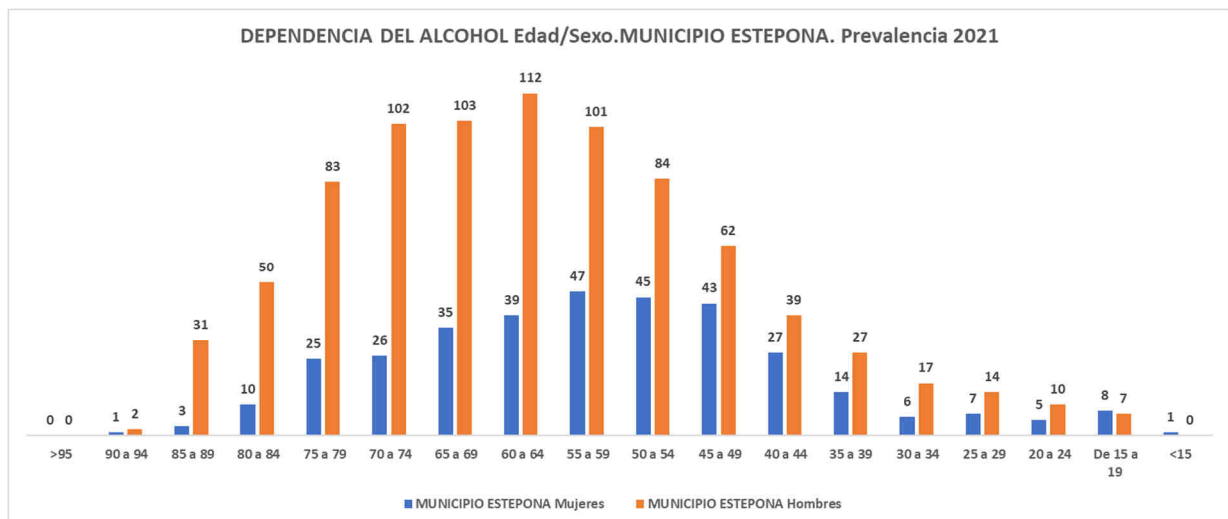


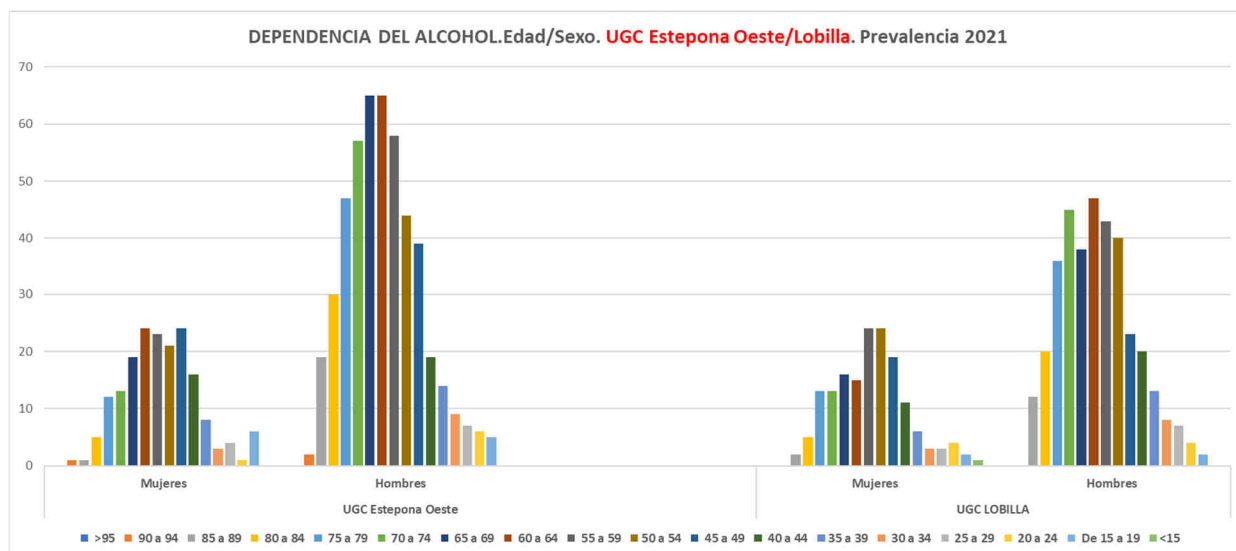
C. OTRAS PATOLOGIAS PREVALENTES. SALUD MENTAL

• ADICCIONES

El consumo de sustancias y las conductas adictivas generan problemas sociales y sanitarios a los que la Junta de Andalucía ofrece respuestas a través de recursos y programas que abarcan todas las fases de la intervención, desde la prevención, la asistencia e incorporación social. *III PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES 2016-2021.*

➤ DEPENDENCIA DEL ALCOHOL





Mayor prevalencia en dependencia del alcohol en hombres que en mujeres.

En los casos prevalentes con dependencia del alcohol, el 72,4 son hombres de la UGC de Estepona Oeste frente al 69,1 de la UGC de La Lobilla.

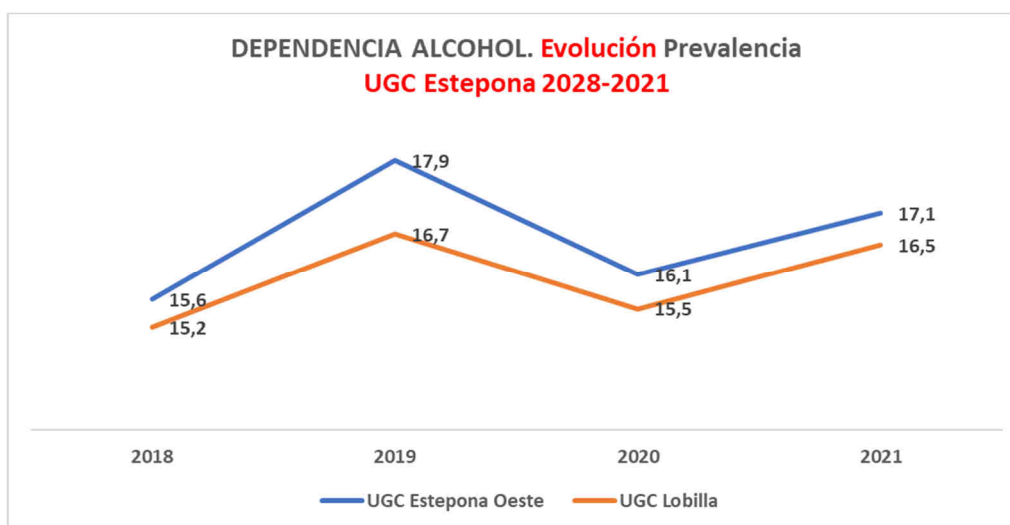
El 60% de afectados de la UGC de Estepona y el 62,6% de La Lobilla tienen menos de 64 años. A considerar la edad temprana de inicio de los casos. Edad media en las 2 UGC de 58 años.

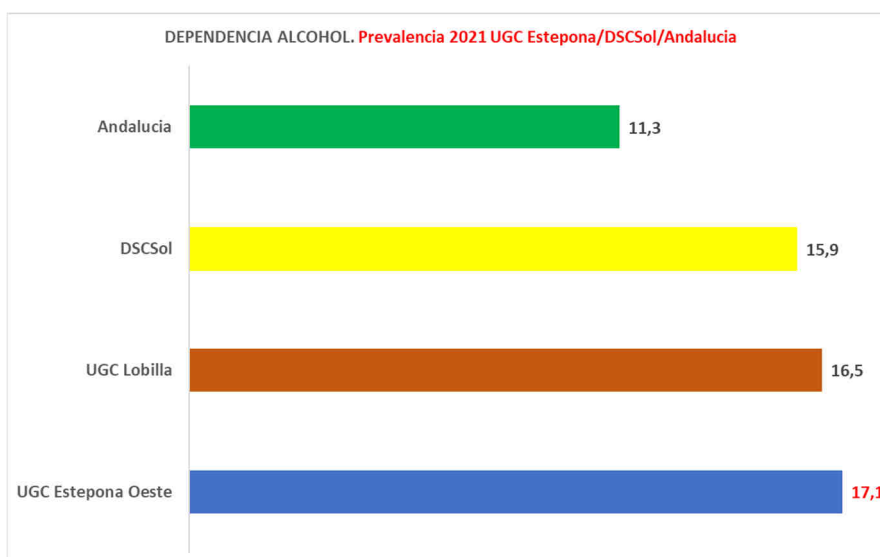
La dependencia del alcohol, se ve favorecida por vivir en ambientes desestructurados. Otras veces son jóvenes que creen que les proporciona disfrute, beben estas bebidas en sus reuniones, y practican lo que llamamos botellón.

Las mujeres toleran menos el alcohol y éste les produce más daño.

El alcohol afecta especialmente al hígado, cerebro, y los vasos arteriales. Altos consumos de alcohol aumentan la tensión arterial y favorecen el desarrollo de arteriosclerosis con lo que puede haber infartos de miocardio, ictus.

Abandonar el consumo no es fácil, pero puede conseguirse. Pueden ayudarle en las unidades de conductas adictivas, las llamadas UCA, y otras organizaciones como Proyecto Hombre (ONG)





La prevalencia de la dependencia del alcohol en las dos UGC de Estepona (UGC EO 17,1; UGC Lobilla 16,5), es superior a la del conjunto del D.S. CSol (15,9) y de Andalucía (11,3).

UGC Lobilla, una RE > a 1 (1,49) con IC significativo respecto a Andalucía:

UGC				Distrito	SSPA	
Casos				Prevalencia	RE	Prevalencia
2018	2019	2020	2021	2021	2021	2021
529	556	501	519	16,54%	1,49**	11,25%
				IC 95%	1,36 - 1,63	

UGC Estepona Oeste, una RE > a 1 (1,57) con IC significativo respecto a Andalucía:

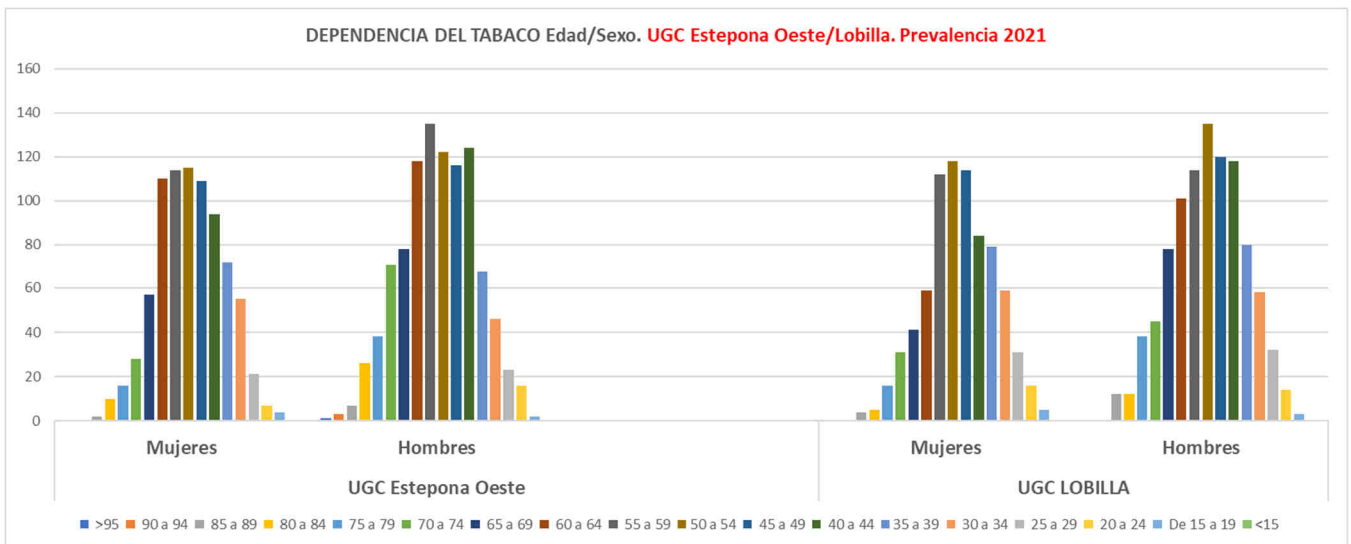
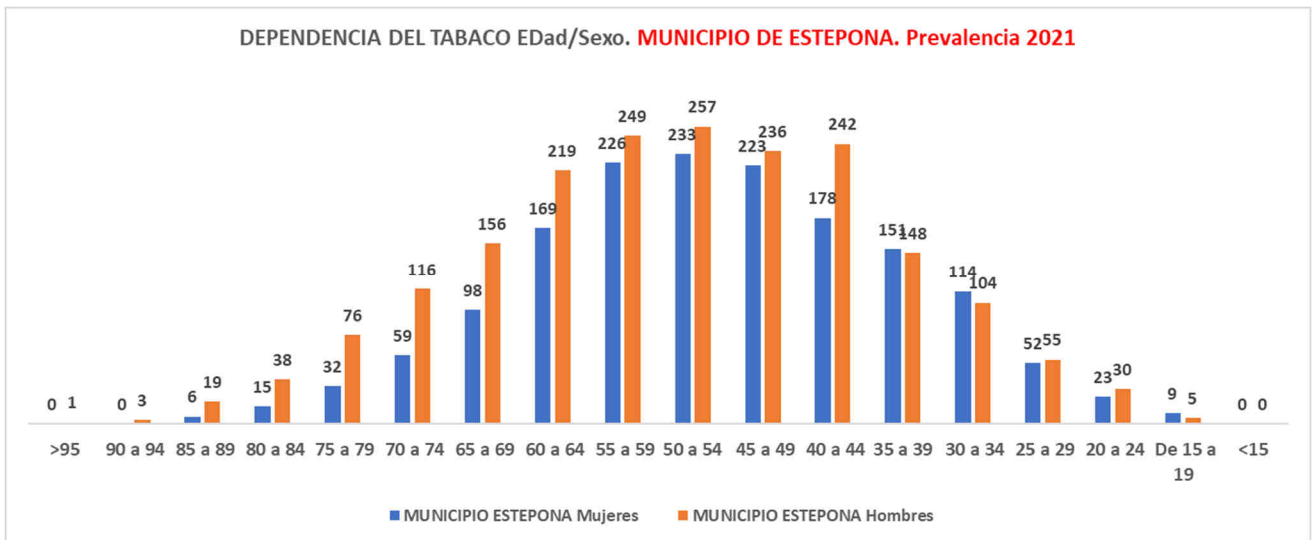
UGC				Distrito	SSPA	
Casos				Prevalencia	RE	Prevalencia
2018	2019	2020	2021	2021	2021	2021
709	742	643	668	17,07%	1,57**	11,25%
				IC 95%	1,44 - 1,69	

➤ DEPENDENCIA DEL TABACO.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la **primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo**. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares. En España cada año mueren más de 50.000 personas debido al consumo de tabaco, más que por los accidentes de tráfico y el consumo de drogas ilegales juntos.

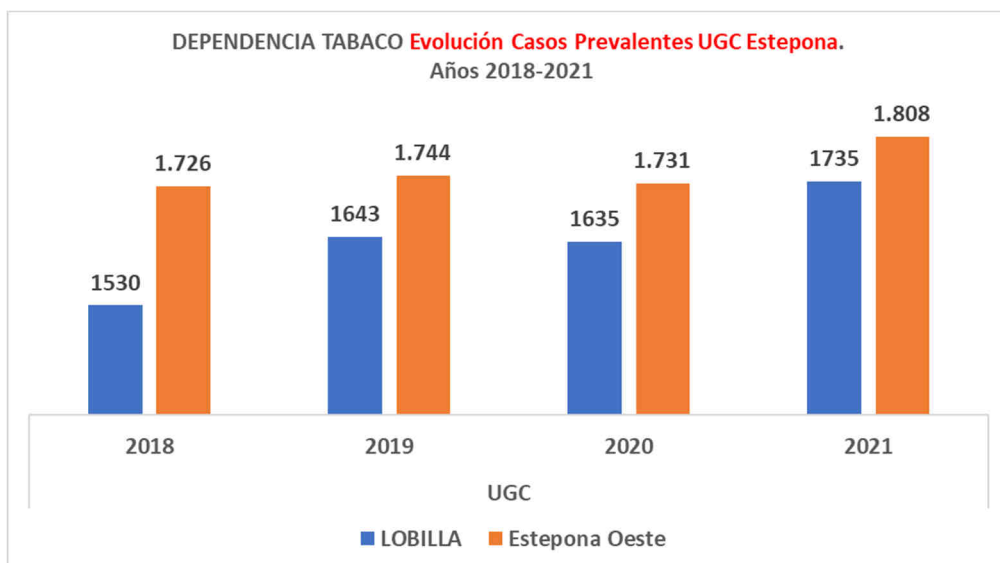
Se han estudiado los riesgos adicionales en las mujeres:

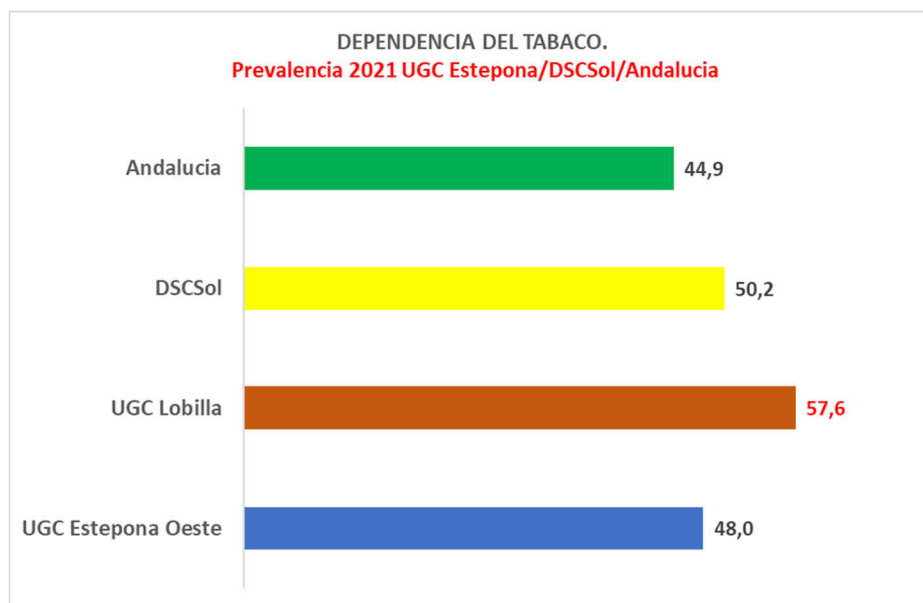
- La probabilidad de padecer un infarto se multiplica por 10 en las mujeres que fuman y utilizan anticonceptivos orales.
- Entre las mujeres fumadoras, la menopausia se adelanta una media de entre 2 y 3 años con respecto a las mujeres que nunca han fumado.
- Aumenta el riesgo de sufrir osteoporosis.



En la UGC Estepona Oeste (EO), el 54,7 % de sus usuarios afectados son hombres frente al 55,3% de Lobilla

En la UGC de EO, el 82,1% de sus usuarios afectados tiene menos de 64 años frente al 84,2 de la Lobilla





La prevalencia de la dependencia del tabaco es mayor en la UGC de la Lobilla (57,6) que en la UGC de EO (48). La UGC supera en 2021 la prevalencia del conjunto del D.S. CSol (50,2) y de Andalucía (44,9).

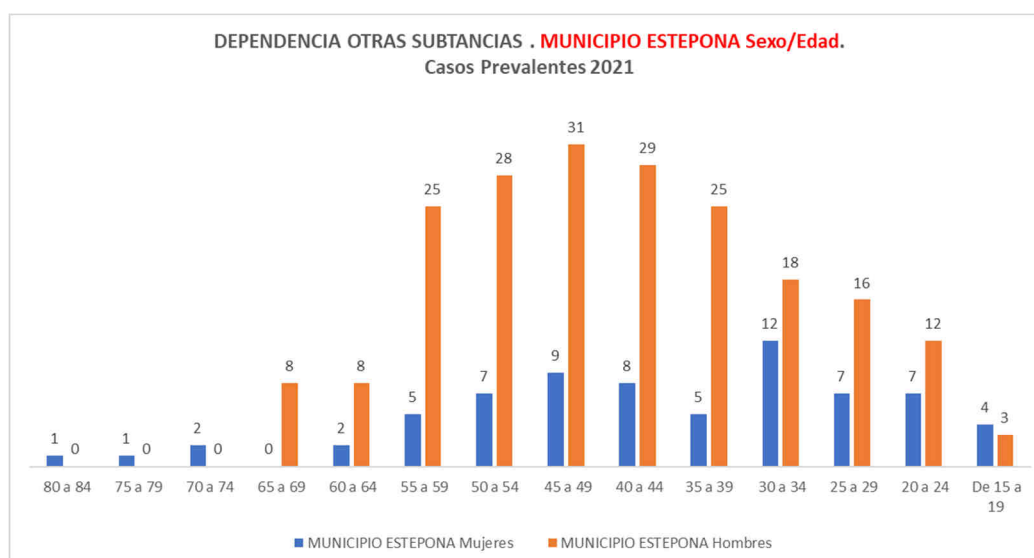
UGC Estepona Oeste, una RE > a 1 (1,09). Existe un riesgo incrementado respecto a dicha población de referencia:

UGC				Distrito	SSPA	
Casos				Prevalencia	RE	Prevalencia
2018	2019	2020	2021	2021	2021	2021
1.726	1.744	1.731	1.808	48,03%	1,09**	44,90%
				IC 95%	1,04 - 1,14	
					1,11	

UGC Lobilla, una RE > a 1 (1,29) Existe un riesgo incrementado respecto a dicha población de referencia:

UGC				Distrito	SSPA	
Casos				Prevalencia	RE	Prevalencia
2018	2019	2020	2021	2021	2021	2021
1.530	1.643	1.635	1.735	57,63%	1,29**	44,90%
				IC 95%	1,23 - 1,35	
					1,11	

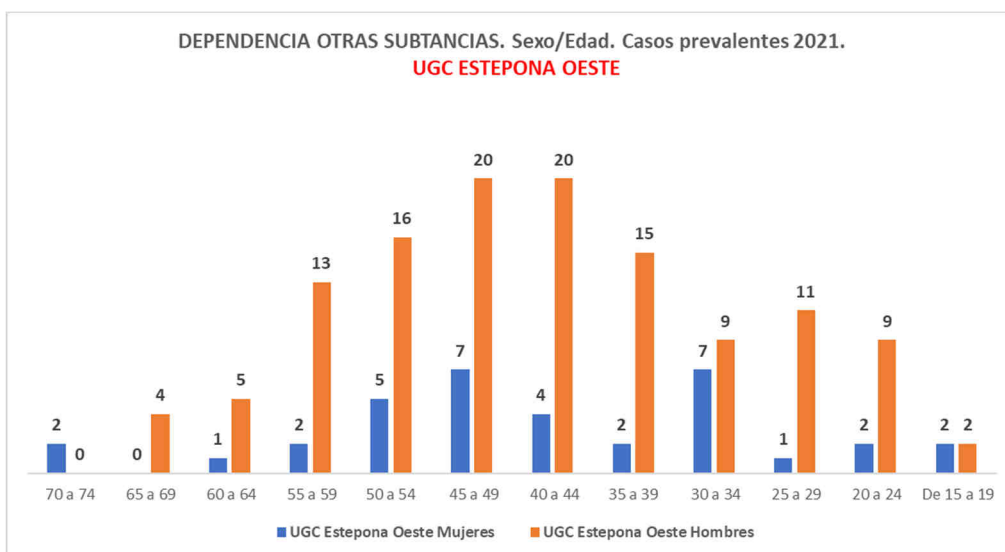
➤ DEPENDENCIA OTRAS SUSTANCIAS



En la UGC de EO, el 78,1% de sus usuarios afectados son hombres frente al 68,5% de la UGC de Lobilla y el 78,6 de Andalucía. El 96,7% de sus usuarios afectados tiene menos de 64 años frente al 94,7% de Lobilla y 94,4 de Andalucía

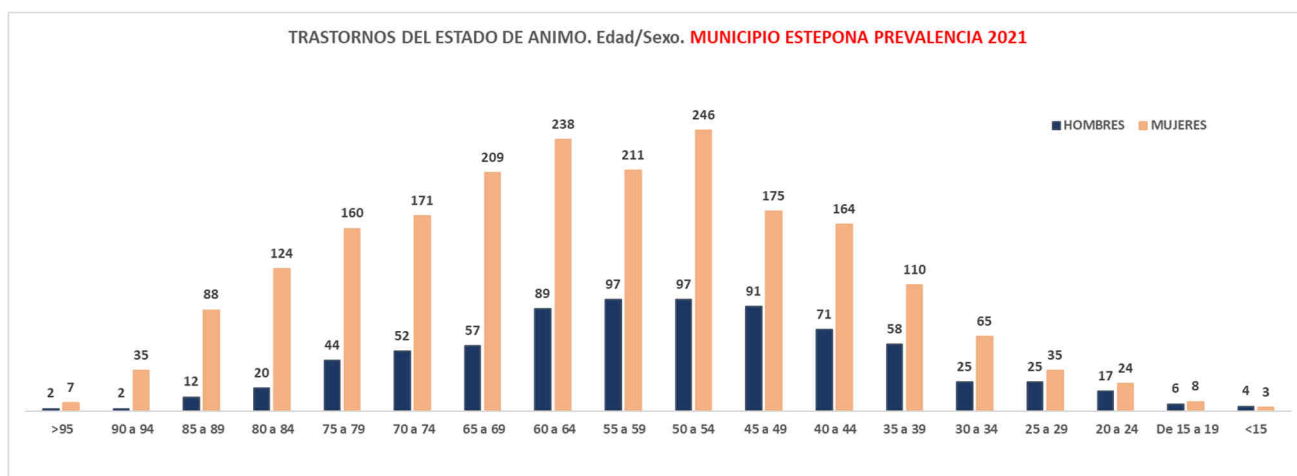
UGC				Distrito	SSPA			
Casos				Prevalencia	RE	IC 95%	RE	Prevalencia
2018	2019	2020	2021	2021			2021	2021
186	188	158	160	4,11‰	1,14	0,96 - 1,34	0,96	3,72‰

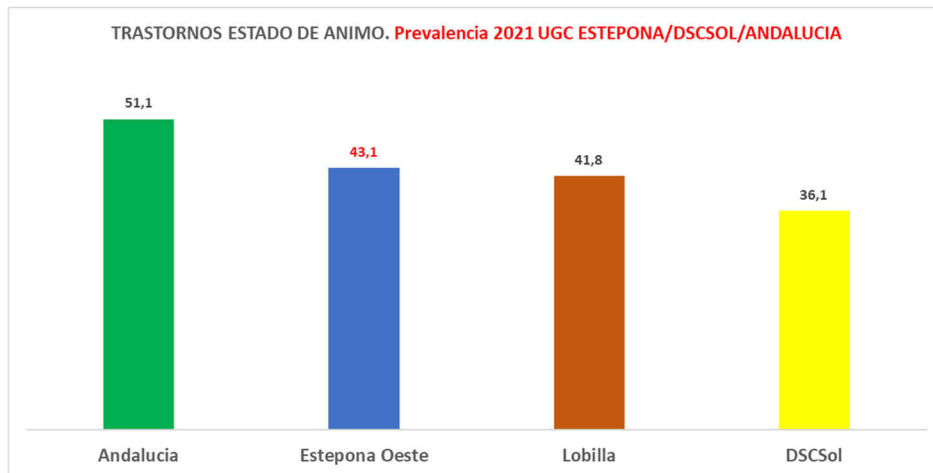
UGC Estepona Oeste, una RE > a 1 (1,14). Existe un riesgo incrementado respecto a dicha población de referencia



UGC Lobilla RE<1

• TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO





Mayor prevalencia en la UGC de EO.

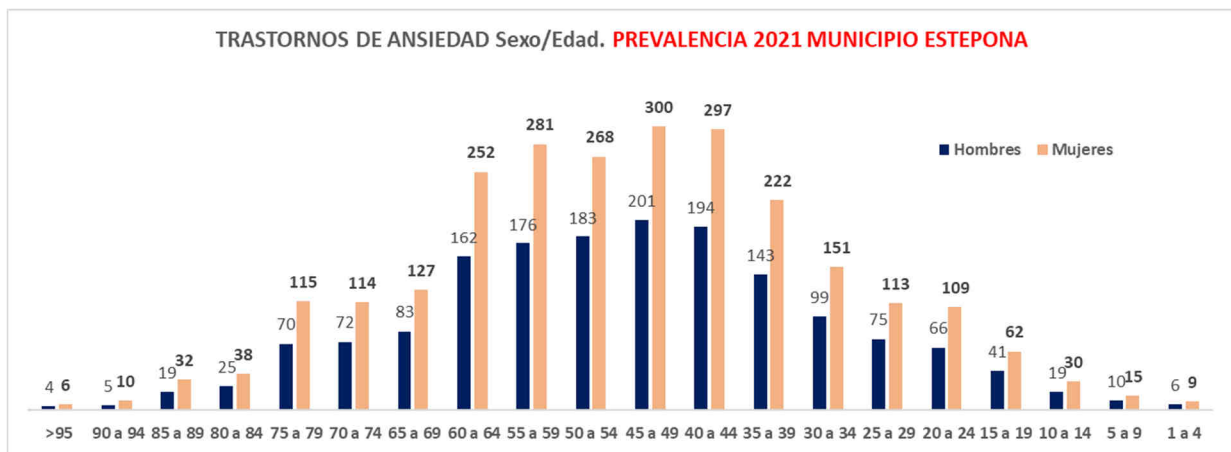
En la UGC de Estepona Oeste el 74,01% de sus usuarios afectados son mujeres frente al 71,90% de Lobilla y el 70,77% del SSPA de Andalucía.

El 64,1 tienen menos de 64 años, frente al 69,2 % de los usuarios afectados de Lobilla y al 64,2 % del SSPA.

Actualmente está ampliamente aceptado que proporcionar un adecuado conocimiento de una enfermedad facilita la recuperación a la persona que la padece, especialmente en el caso de los trastornos psicológicos. Por este motivo, la educación sanitaria está siendo considerada como buena práctica clínica y está adquiriendo cada vez mayor relevancia en los servicios sanitarios. De hecho, una de las propuestas principales **del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (PAI-ADS)** consiste en otorgar protagonismo a aquellas intervenciones que están centradas en el paciente, orientadas a potenciar sus propios recursos para superar procesos leves y/o breves y así evitar la medicalización inadecuada.

Entre las alternativas de abordaje no farmacológico se encuentra el uso de material de autoayuda. El contenido de las guías proporciona la información necesaria para que la persona comprenda lo que le ocurre, en un lenguaje claro y sin tecnicismos, e introduce las técnicas necesarias para el adecuado manejo de los principales síntomas depresivos y/o ansiosos.

- **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

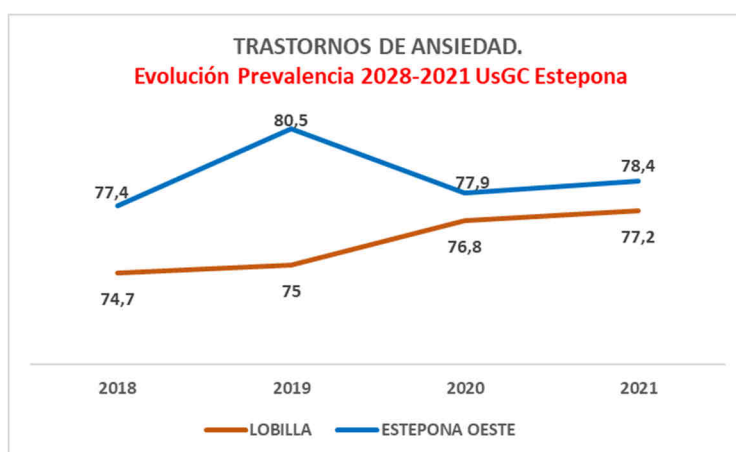
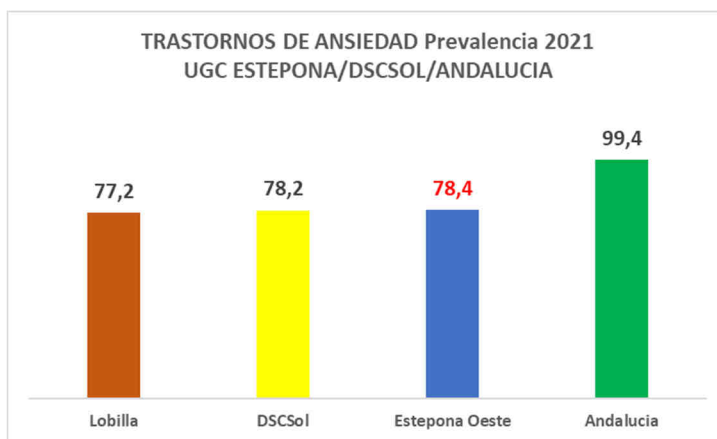


Prevalencia mayor en MUJERES.

En la UGC de EO el 70,02% de sus usuarios afectados son mujeres frente al 68,98% del SSPA y el 68,30% de LOBILLA.

En la UGC de EO el 74,1 % de sus usuarios afectados tiene menos de 64 años frente al 77,8% de la UGC de Lobilla y 73,3% del SSPA.

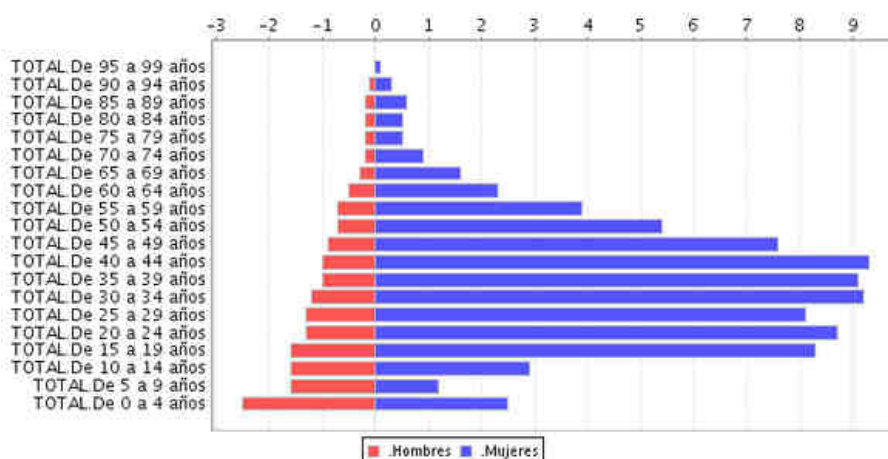
Edad media EO 53 años, Lobilla 51 años, aunque habría que hacer mención a la prevalencia de casos en edades infanto- juveniles.

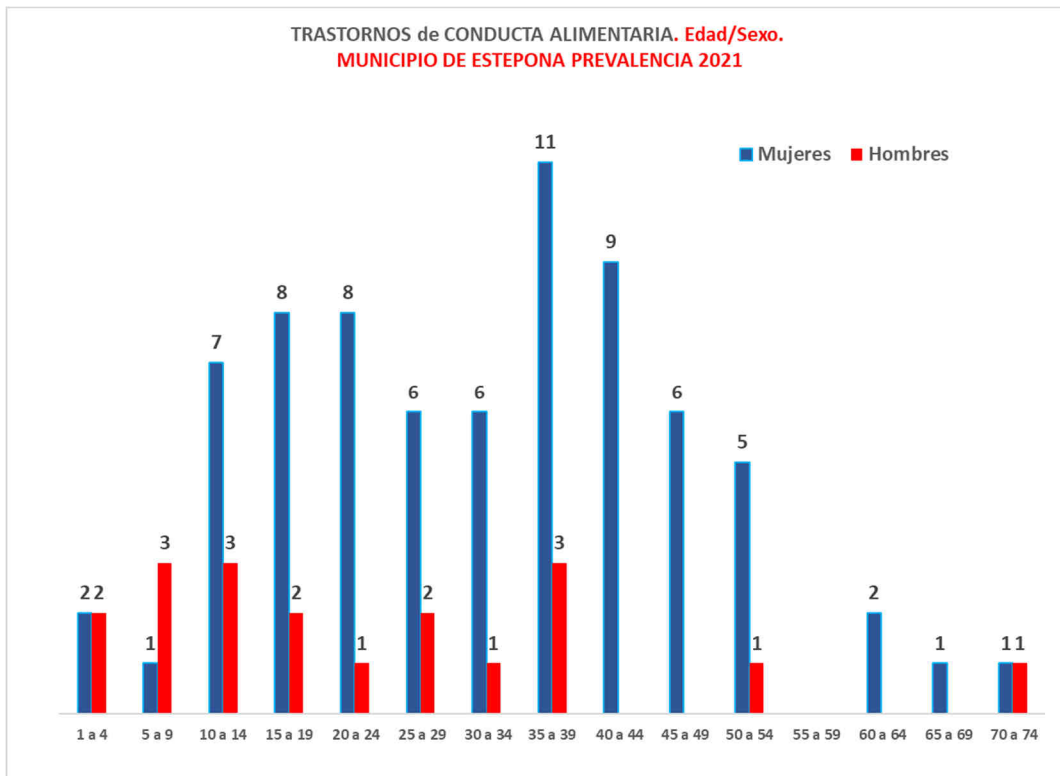


Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>

• TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANDALUCIA 2020





Al igual que en Andalucía, en el municipio de Estepona se encuentra mayor prevalencia en mujeres.

En la UGC de EO, el 80,39% de sus usuarios afectados son mujeres frente al 78,57% de La Lobilla y al 83,19% del SSP Andaluz.

El 96,1% de usuarios afectados de EO, el 97,6 de Lobilla y el 95% del SSPA tiene menos de 64 años.

Edad media 31 años casos EO / Edad media Lobilla 29 años.

Bloque IV

A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La Red de Vigilancia a través de la Red de Alerta, detecta e interviene de manera urgente y eficaz ante situaciones de riesgo para la Salud Pública, potenciales, reales o que generen alarma social. Forman parte de esta Red, profesionales de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral de la Consejería de Salud, las unidades de Medicina Preventiva de los centros hospitalarios, las unidades de Epidemiología de los Distritos Sanitarios y Agencias Sanitarias.

Consiste en un conjunto de actividades dirigidas a la identificación de problemas de salud y sus factores determinantes para prevenir las enfermedades mediante medidas de control individuales y colectivas. Consiste en la recolección sistemática y continua de toda la información sobre enfermedades transmisibles y otras condiciones de salud, especialmente las alertas de Salud Pública.

Con el Sistema Integrado de Alerta se permite la detección, notificación e investigación de riesgos y situaciones que requieren una intervención y respuesta inmediata

Se aplica a todos los aspectos de la historia natural de la enfermedad.

• ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (EDOS)

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs) constituye una pieza clave dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica en nuestra Comunidad. **Su finalidad es la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población.**

Es uno de los Sistemas de Vigilancia más antiguos que existen.

Su propósito es recoger información de los nuevos casos de una lista de enfermedades infecciosas/tóxicas (actualmente 77) para **definir estrategias de prevención y control, o establecer medidas sobre los contactos o el medio.**

Su cobertura es universal, estando todos los médicos (sanidad privada y pública) obligados a comunicar esta información.

La herramienta para el registro de los casos detectados de estas enfermedades en Andalucía es la Red Alerta (SVEA). Además del registro de enfermedades, se registran las alertas en Salud Pública.

De las alertas declaradas en el municipio de Estepona para el periodo 2014-2021, solo 4 alertas fueron diferentes a las 180 declaradas por coronavirus entre 2020 y 2021.

Entre 2014 y 2019 se declararon en el municipio de Estepona 23 alertas que afectaron a 72 personas y requirió la hospitalización de 25 de ella. La información ampliada sobre dichos eventos, viene reflejada a continuación en cuadro resumen. Durante el periodo 2020-2021 no se declaró ninguna alerta en Estepona cuyo origen fuera distinto a Sars-covid19 (204 alertas no reflejadas en cuadro resumen)

Año	Municipio	Ámbito u origen	Evento	Nº. expuestos	Nº. hospitalizados	Núm. Afectados
2014	Estepona	Poblacional	Cluster Legionelosis	5	3	5
2014	Estepona	Familiar	Brote de tuberculosis	6	2	2
2014	Estepona	Familiar	Brote de tuberculosis	6	2	2
2015	Estepona	Poblacional	Brote de hepatitis A	5	2	3
2015	Estepona	Familiar	Brote de hepatitis A	8	0	4
2015	Estepona	Familiar	Brote de hepatitis A	4	0	3
2015	Estepona	Familiar	Brote de enfermedad vacunable	9	1	5
2015	Estepona	Familiar	Brote de enfermedad vacunable	4	1	2
2015	Estepona	Familiar	Brote o cluster de legionelosis		1	2
2015	Estepona	Familiar	Brote de tuberculosis	5	2	2
2015	Estepona	Poblacional	Brote de hepatitis A		3	10
2016	Estepona	Familiar	Brote de hepatitis A	4	1	2
2016	Estepona	Familiar	Brote de hepatitis A	4	1	2
2016	Estepona	Familiar	Brote de hepatitis A	10	0	4
2016	Estepona	Familiar	Brote de tuberculosis	10	0	2
2016	Estepona	Familiar	Brote de enfermedad vacunable	4	0	2
2015	Estepona	Familiar	Brote de hepatitis A	3	1	3
2017	Estepona	Familiar	Brote de tuberculosis	4	1	2
2017	Estepona	Colectivo	ECDC.ELDSNet-Legionelosis externas			1
2017	Estepona	Publico Alimentario	Brote de T.I.A. por Salmonella spp	1111	0	1
2018	Estepona	Publico Alimentario	Brote de T.I.A. por Salmonella spp	4	4	4
2018	Estepona	Colectivo	ECDC.ELDSNet-Legionelosis externas			1
2019	Estepona	Colectivo	Brote por infestación. Sarna	240	0	8
				1446	25	72

Se presenta a continuación, el listado enfermedades de **Casos EDOs más prevalentes 2015-2020 en Municipios/DSCSOL/PROVINCIA**

MUNICIPIO Periodo declarado 2010_2020	Disenteria	Fiebre Q	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Hepatitis viricas, otras	Infección genital por Chlamydia trachomatis	Infección gonocócica	Linfogranuloma venéreo	Sífilis	Sífilis congénita	Legionelosis	Lepra	Leptospirosis	Listeriosis	Tularemia	Total
Benahavis	0	0	1	0	0	0	6	3	1	4	0	0	0	1	0	0	16
Benalmádena	7	1	50	21	30	2	67	57	0	119	0	12	0	0	16	0	382
Casares	1	1	1	0	4	0	6	3	0	8	0	1	0	0	1	0	26
Estepona	5	17	54	12	22	2	118	43	1	89	0	7	0	0	12	0	382
Fuengirola	11	3	44	21	28	3	197	83	0	110	0	23	0	0	14	0	537
Istán	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Manilva	1	5	3	8	5	0	24	12	0	21	0	2	0	0	2	0	83
Marbella	16	9	59	24	69	3	476	187	3	225	2	37	2	2	57	1	1172
Mijas	4	6	32	18	25	3	186	72	2	108	0	14	1	0	11	0	482
Ojén	0	0	0	1	1	0	10	3	0	5	0	1	0	0	1	0	22
Torremolinos	0	1	49	25	26	3	27	33	0	51	0	18	0	0	9	0	242
TOTAL DSCSOL	45	43	293	130	210	16	1121	497	7	740	2	115	3	3	123	1	3349
TOTAL PROVINCIA MALAGA	61	133	799	353	574	36	1616	1068	9	1219	2	359	5	7	240	1	6483

Para más información:

https://www.ica.juntaandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?CodOper=b3_6&idNode=6048

https://www.ica.juntaandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/datosaldia?CodOper=b3_1354&idNode=57647#57765

B. PROBLEMAS DE SALUD TRANSMISIBLES

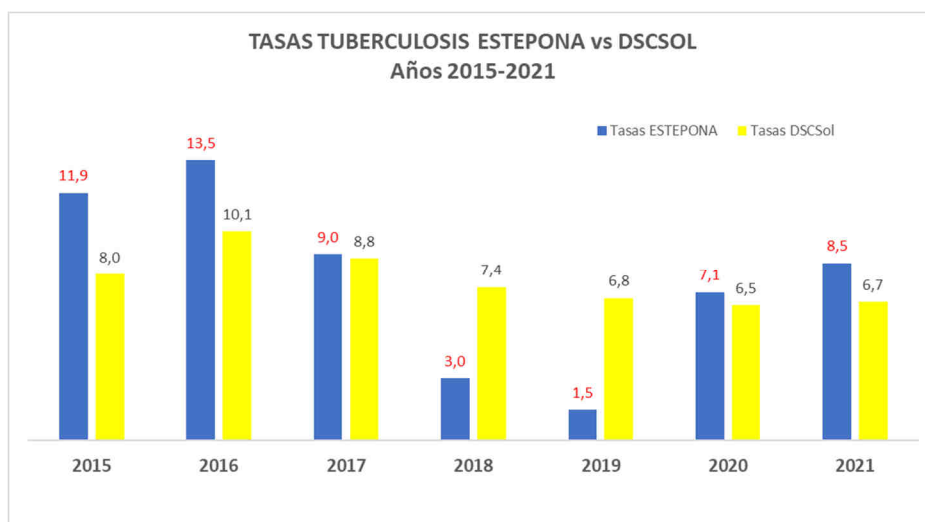
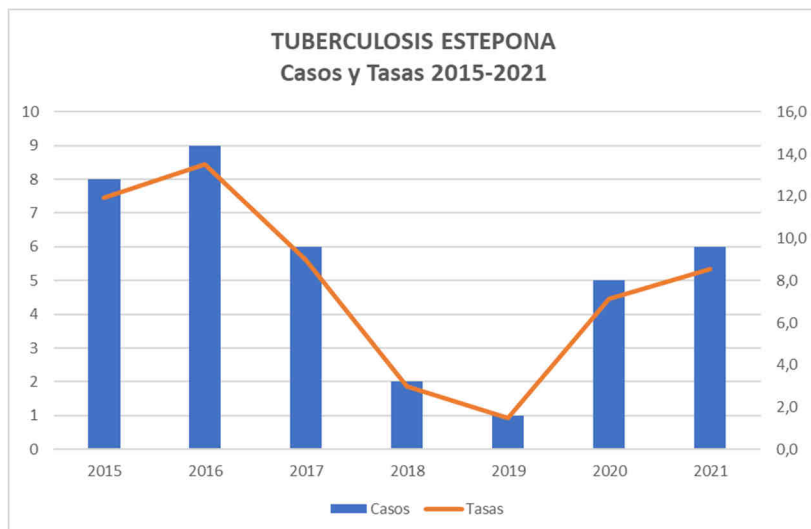
• ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

➤ EVOLUCIÓN TUBERCULOSIS (TBC) 2015-noviembre 2021

En total se han declarado en estos 5 años y 10 meses, **37 casos de Tuberculosis en el municipio**, de las que **10 resultaron ser bacilíferas** en el momento del diagnóstico.

El mayor número de casos declarados se produce en 2016 con un total de 9 casos (tasa 13.5).

La incidencia ha ido bajando en los años sucesivos, para iniciar un repunte en 2021 con 6 casos (tasa de 8.5) a dos meses de cerrar el año epidemiológico



Comentario: Salvo los años 2018 / 2019 las tasas de TBC en el municipio de Estepona superan a las del conjunto del DSCSol.

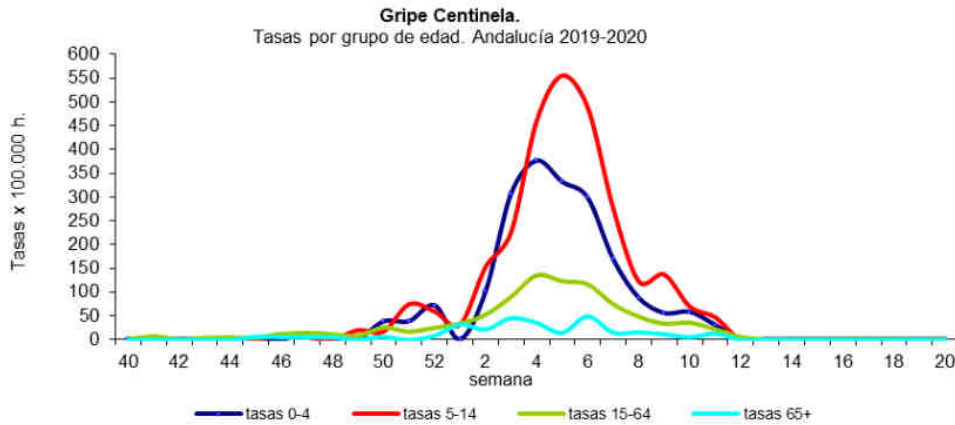
➤ EVOLUCIÓN CASOS DE GRIPE Temporada 2019-2020

En Andalucía, desde la temporada 1994-95 el seguimiento de la gripe se realiza a través del **Grupo de Vigilancia de la Gripe en Andalucía**; este grupo se organiza como **una red centinela** y los integrantes participan voluntariamente en la notificación de datos individualizados, epidemiológicos y virológicos, de los casos sospechosos.

La composición del grupo en esta temporada ha sido la siguiente:

119 profesionales distribuidos por todas las provincias: 87 médicos generales y 32 pediatras, todos ellos ubicados en centros de salud y consultorios de Atención Primaria.

La población cubierta por la red de médicos centinela de gripe supone un 2,0% de la población andaluza (165.998 personas).



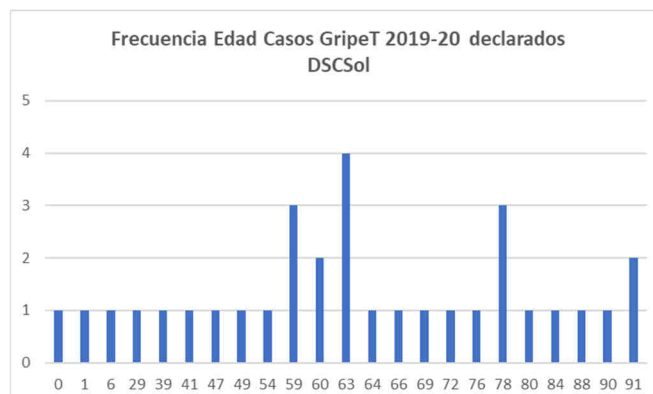
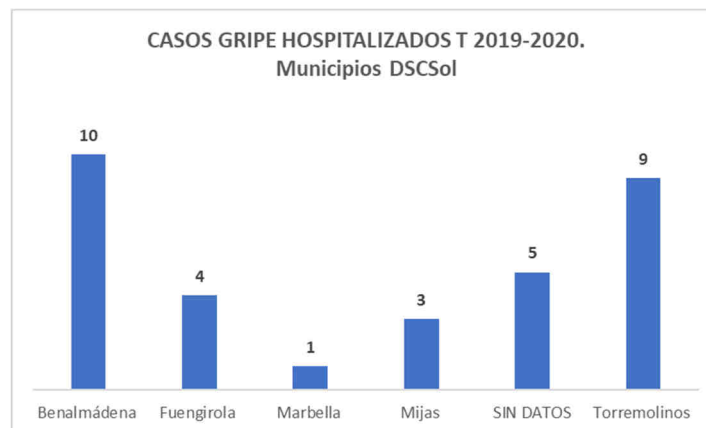
El nivel de intensidad de la actividad gripal registrado en **Andalucía durante la temporada 2019-2020** ha sido bajo, aunque durante una semana se ha superado el umbral medio, ha presentado un inicio semejante a la temporada anterior y una duración menor que la temporada pasada

Durante toda la temporada **ha habido circulación del virus tipo A**, los dos subtipos (A(H1N1) pdm09 y el AH3), **y el virus B.**

Como en las temporadas anteriores, **los menores de 15 años han sido los más afectados, presentando esta temporada el grupo de 5-14 años y el grupo de 0-4 las tasas de incidencia acumulada más elevadas. En DCSol 32 casos declarados. Dos fallecidos. Ningún caso en Municipio Estepona**

Se ha observado un número de Casos de Gripe Hospitalizados inferior a la temporada anterior, aunque con una distribución por edad semejante, destacando un elevado porcentaje de casos en el grupo de edad >64 años. En el 91% de los casos se ha detectado virus A.

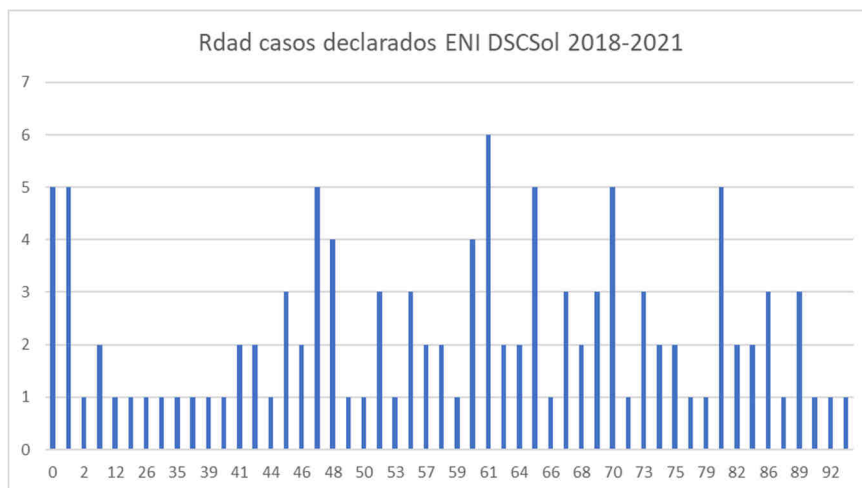
La letalidad ha sido semejante a las temporadas previas.



➤ EVOLUCIÓN ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA.

Entre 2018 y 2021 se declararon en D.S. CSol, 116 casos de esta enfermedad. De entre ellos, 10 correspondieron al municipio de Estepona.

La evolución de los 116 casos fue favorable en 99 casos (85,3%) y fallecieron 17 (14,7%).



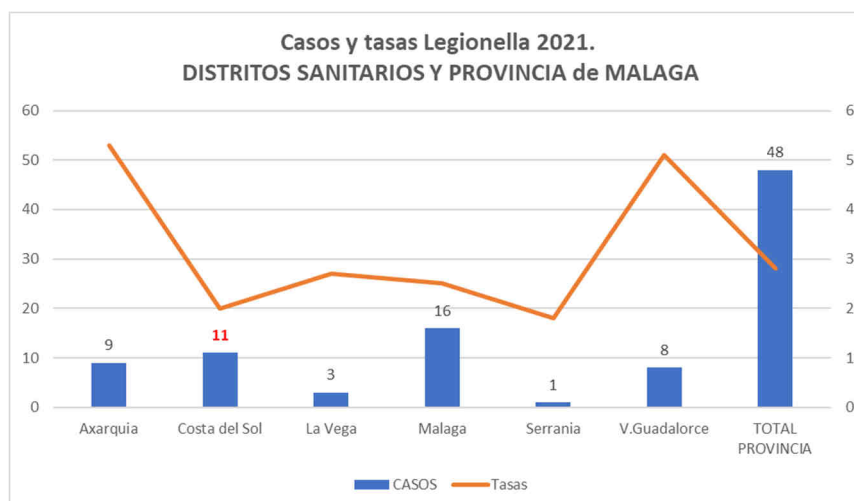
➤ EVOLUCION LEGIONELLA

Las bacterias Legionella se encuentran naturalmente en los ambientes de agua dulce, como lagos y arroyos.

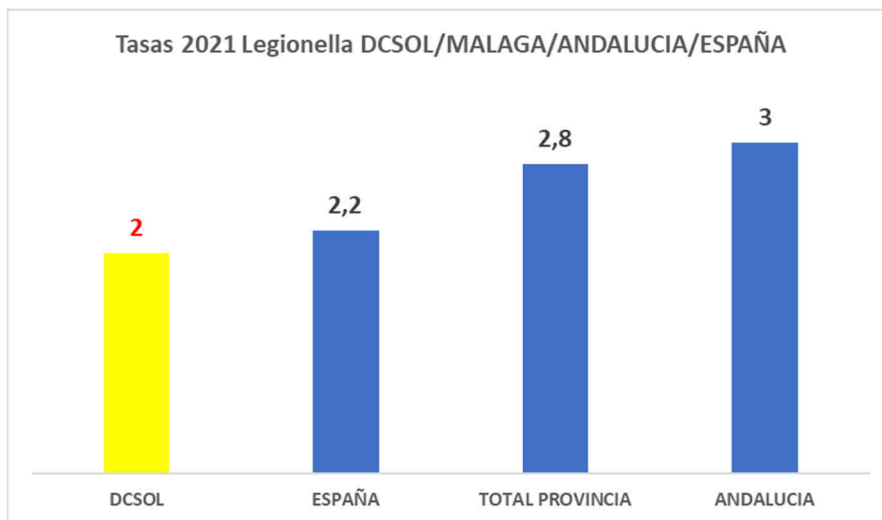
Estas bacterias pueden convertirse en una preocupación de salud cuando se multiplican y propagan en los sistemas de agua artificiales de los edificios, como:

- Cabezales de ducha y grifos de lavamanos
- Torres de enfriamiento (estructuras que contienen agua y un ventilador como parte del sistema centralizado de enfriamiento del aire en edificios o procesos industriales)
- Bañeras de hidromasaje
- Fuentes y accesorios decorativos con agua
- Tanques de agua caliente y calentadores de agua
- Sistemas de tuberías complejos y de gran dimensión.

Los sistemas de aire acondicionado de los automóviles y de las casas no usan agua para enfriar el aire; por lo tanto, no presentan un riesgo de multiplicación de bacterias Legionella.



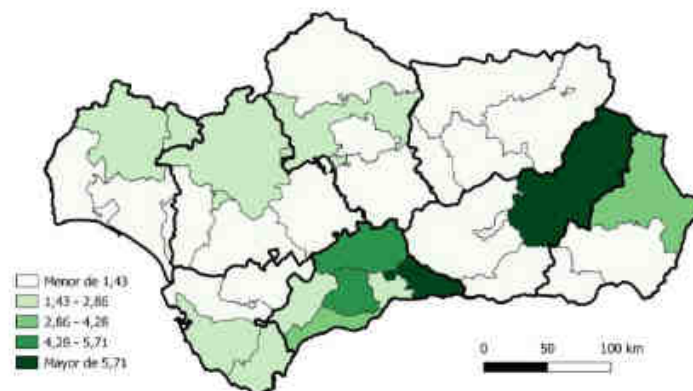
La provincia de Málaga, tiene la tasa más alta de casos de Andalucía, superando a la tasa española.



Entre los años 2003 y 2021 se notificaron en el Municipio de Estepona 19 casos (216 en el conjunto del DCSol).

En los últimos 3 años 2019 a 2021 ha habido un aumento de la misma en el Municipio.

Figura 2: Tasas de incidencia de legionelosis por distrito sanitario. Andalucía 2019.



Además de la Red de vigilancia de Andalucía, también declaran sospechas de casos de legionella adquiridos en nuestra comunidad La Red europea de vigilancia de la enfermedad del legionario (ELDSNet), lleva a cabo la vigilancia europea de la enfermedad del legionario en Europa y está coordinada por el ECDC. Todos los Estados miembros de la UE, Islandia y Noruega participan en la red. Los miembros de ELDSNet son epidemiólogos o microbiólogos designados por las autoridades nacionales de salud pública.

Por protocolo, las actuaciones e investigación de los casos confirmados, se realizan por parte de **agentes de la Unidad de Protección de la Salud del DCSol adscritos al municipio** donde se produce el evento. El abordaje de los casos de Legionella en nuestro ámbito, lleva consigo la **puesta en marcha de actuaciones e investigación. En los casos referidos a 2021 en Estepona:**

- **INSTALACIONES EXTERIORES:** En primer lugar, se valoran las instalaciones de riesgo que existen en las proximidades del domicilio o del lugar trabajo del caso que previamente se ha identificado en la encuesta epidemiológica; empezando por las instalaciones de alto riesgo, como TTRR o Condensadores evaporativos, en todos estos casos no se detectó la presencia de ninguna de estas instalaciones en las inmediaciones ni se procedió a realizar actuaciones derivadas de estas investigaciones.

Una vez descartadas las instalaciones de mayor riesgo se procede a realizar un estudio de las de menor riesgo, entre las que se incluyen fuentes municipales, riego por aspersión y lavado de coches; encontrándonos que las fuentes municipales disponen de sistemas de desinfección adecuados a la normativa, en cambio se ha detectado que el riego por aspersión no se realiza en horario de baja afluencia de personas; están programados para que se conecten en diferentes horas del día sin evitar la coincidencia de estos horarios con la afluencia de personas.

Por último, los lavaderos de coches que últimamente están generando muchos problemas relacionado con la Legionella y se han incluido como prioridad en el programa por lo que se revisan e inspeccionan de manera programada; en las inspecciones realizadas por los casos los resultados fueron variables; con muchas instalaciones sin programas de autocontrol y formación adecuada y otras instalaciones con los procedimientos y protocolos correctamente establecidos y controlados.

- **INSTALACIONES INTERIORES:** Una vez evaluadas las instalaciones exteriores, se realiza visita de control a los domicilios particulares, encontrándonos deficiencias muy similares en todos los casos; principalmente relacionada con los mantenimientos de los aljibes situados en los edificios privados que no suelen tener control de desinfectante y en muchos casos el agua que llega a las viviendas no dispone de niveles adecuado de cloro residual libre y la limpieza y desinfección no se realiza anualmente.

Por otro lado, en los domicilios particulares de los casos se detecta Temperatura de agua caliente sanitaria a niveles inferiores de los recomendados en la normativa sanitaria.

En todos los casos se realizan indicaciones de limpieza y mantenimientos de las instalaciones y temperaturas y se insta a realizar una limpieza y desinfección de las redes interiores de los establecimientos."

En la evaluación realizada con respecto a las actuaciones de los últimos 5 años, se han inspeccionado; un total de 63 establecimientos, principalmente centrado en establecimientos con instalaciones de mayor riesgo sanitario o asociados a casos comunitarios de Legionelosis; la mayoría con inspecciones o supervisiones anuales.

No se han detectado grandes incidencias durante las inspecciones y/o supervisiones; y en la mayoría de los casos, se han subsanado de forma adecuada.

Sólo en ocasiones muy puntuales, y principalmente por no atender a los requerimientos que se han realizado en las inspecciones, más que por estar asociados a riesgo grave, se ha procedido a proponer la incoación de expediente sancionador.

Tampoco se ha encontrado durante el periodo evaluado, brotes o clúster de Legionelosis relacionados con ningún establecimiento en el municipio, aunque sí que han aparecido casos comunitarios de Legionelosis

de forma periódica. Todos los casos se han investigado, realizando actuaciones tanto en domicilios particulares como en establecimientos públicos sin que se haya podido demostrar la relación directa con actuaciones en ningún establecimiento, aunque en un caso concreto tras la inspección de un establecimiento deportivo se encontraron deficiencias que se propusieron para incoación de expediente sancionador.

Por parte del Ayuntamiento de Estepona, exige a las constructoras la realización de una limpieza y desinfección de las instalaciones de agua de consumo humano tras la realización de una obra de reforma o de construcción de cualquier tipo de establecimiento, ya sea público o privado; esta actuación a falta de un estudio más detallado por nuestra parte está repercutiendo de forma muy favorable en el desarrollo de la Legionella, asociada a la suciedad y restos calcáreos de las instalaciones.

➤ EVOLUCIÓN COVID-19 (años 2020-2021)

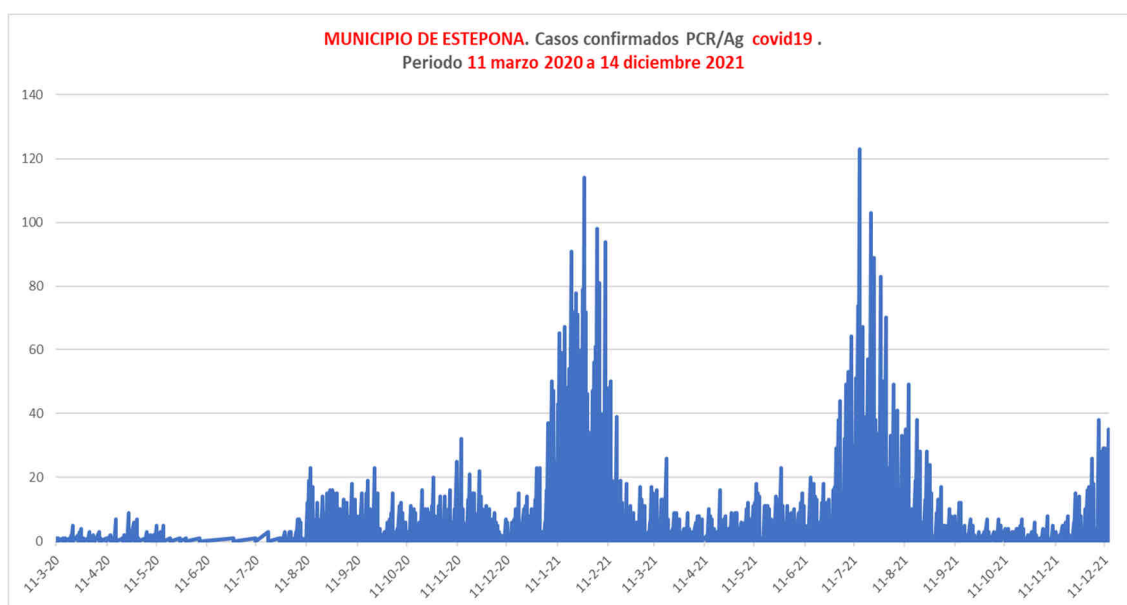
Durante el periodo de la **pandemia de covid 19**, se declararon al sistema SVEA **57.737 casos confirmados pertenecientes al DSCSOL**. Entre ellos, y durante el mismo periodo **el municipio de Estepona confirmó 7657 casos (sanidad pública y privada)**.

La **letalidad** en el tiempo estudiado y a fecha 14 de diciembre 2021 fue **para el conjunto del D.S. Sol de 588 casos acumulados (tasa 104,8 por cada 100.000 hab.)**

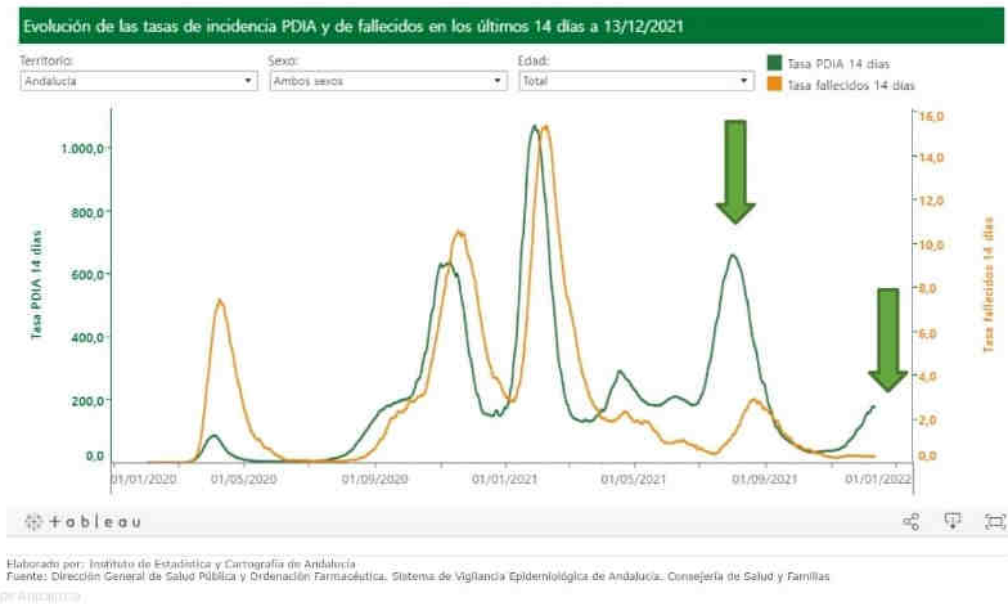
Para el **conjunto del municipio de Estepona la letalidad fue de 61 casos (tasa 86,8 por cada 100.000 hab. o de 8,6 de cada 10.000)**.

A tener en cuenta que son casos confirmados por laboratorio. No se contabilizan los casos probables (primera fase de la pandemia en la que se declaraba por sospecha clinicoepidemiológica) ya que el acceso a dichas pruebas diagnósticas no era lo frecuente (salvo en asistencia hospitalaria)

CASOS COVID-19 MUNICIPIO ESTEPONA. Periodo 2020 a 14 Diciembre 2021	Frecuencia	Porcentaje
Confirmado PCR	4134	53,99%
Confirmado serología (ELISA, QLIA, EQLIA)	8	0,10%
Confirmado test rápido	3515	45,91%
Total	7657	100,00%



Evolución de la pandemia de COVID-19 en Andalucía

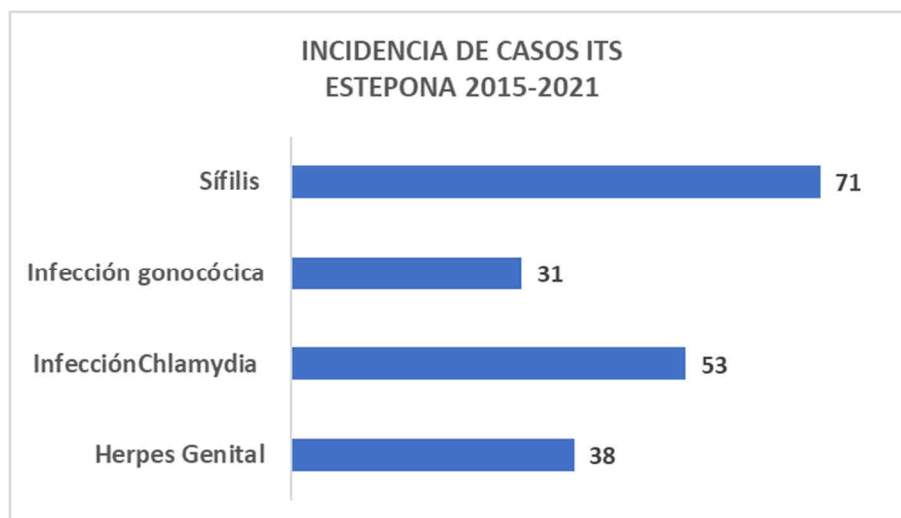


• INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2015-2021

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen un elevado impacto en Salud Pública, por su incidencia en constante aumento y por las consecuencias negativas en término de salud sexual y reproductiva.

Actualmente, las ITS en su conjunto constituyen el mayor volumen de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) de Andalucía.

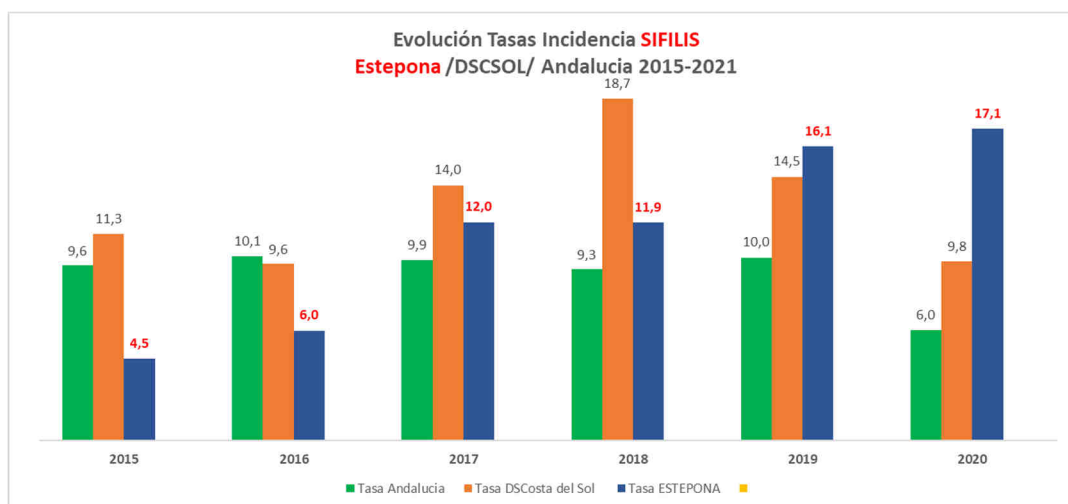
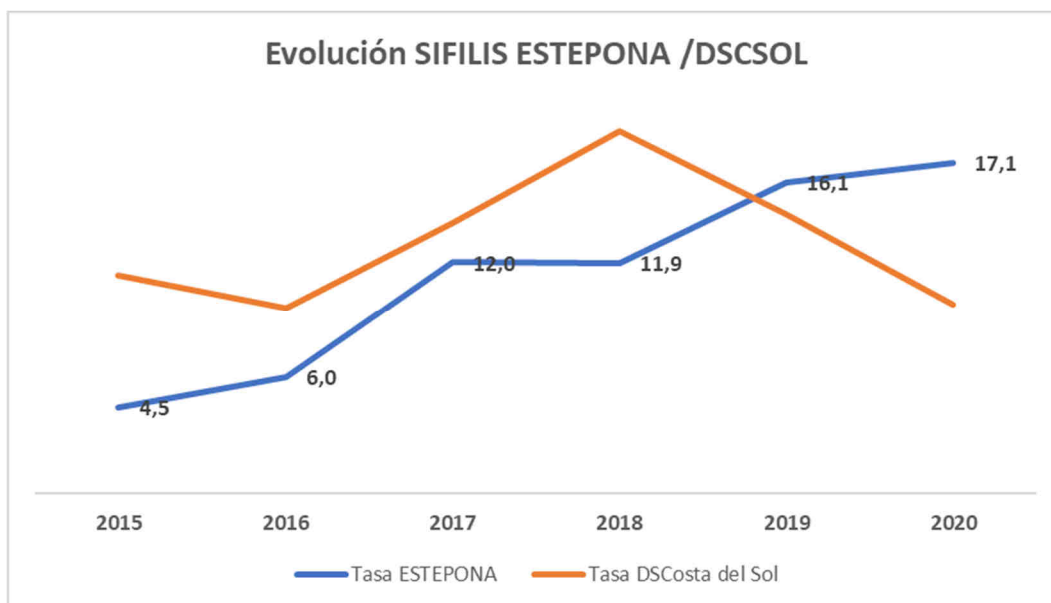
De manera global, se observa una **tendencia ascendente** en la evolución de las ITS declaradas a RedAlerta durante el período 2015-2021



➤ SIFILIS

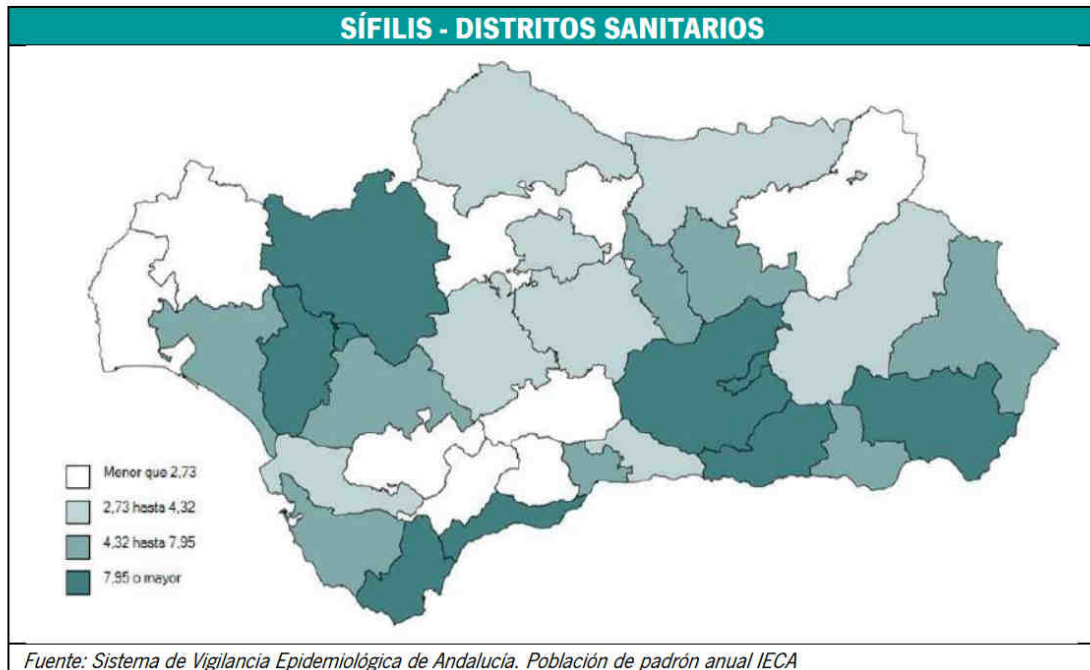
La **SIFILIS** en el municipio de Estepona, conjunto del DSCSol y Andalucía ha seguido una tendencia general ascendente en la incidencia de casos a lo largo de todo el periodo. Afecta principalmente a hombres entre 20

y 39 años. Es más frecuente en hombres que en mujeres (Estepona 60 hombres vs 11 mujeres). **Tendencia ascendente para el municipio.**



Las tasas de incidencia de Estepona hasta 2018 se situaban muy por debajo del DSCSOL, para a partir de 2019 y 2020 superarlas en 1,6 y 7,3 puntos respectivamente. El conjunto del DSCSOL supera igualmente a Andalucía a partir de 2017. En el mapa por distritos de Andalucía reflejado más abajo se pueden observar las tasas del DSCSOL situadas entre las más altas de Andalucía.

Ilustración 1.1: Sífilis. Tasas por 100.000 habitantes. Mapa por los Distritos Sanitarios de Andalucía en 2019.



➤ **INFECCIÓN GONOCÓCICA**

La evolución de los casos declarados en los últimos años sigue una tendencia ascendente que se ha acentuado más a lo largo del periodo 2014-2021. El grupo de **edad más afectado es el de 20 a 39 años**. Más frecuente **en hombres que en mujeres** (Estepona 27 hombres vs 4 mujeres).

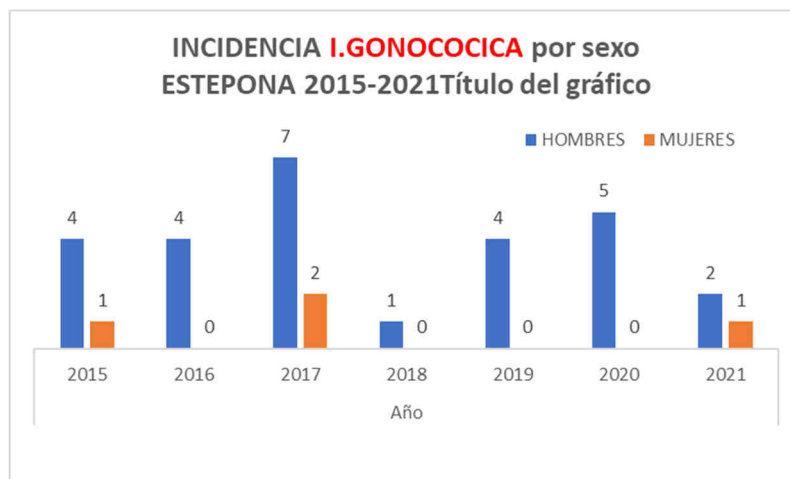


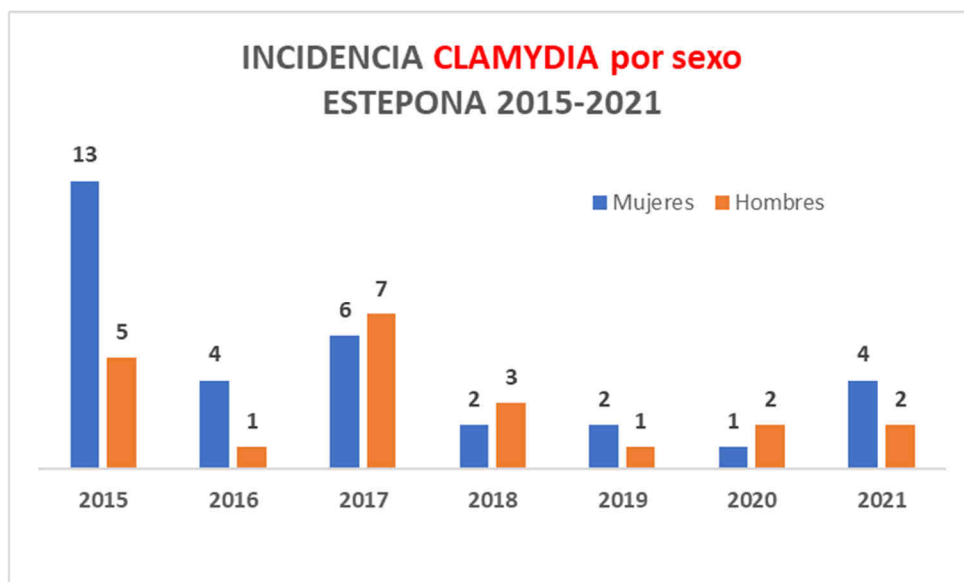
Ilustración 2.1: Infección gonocócica. Tasas por 100.000 habitantes. Mapa por Distritos Sanitarios de Andalucía en 2019.

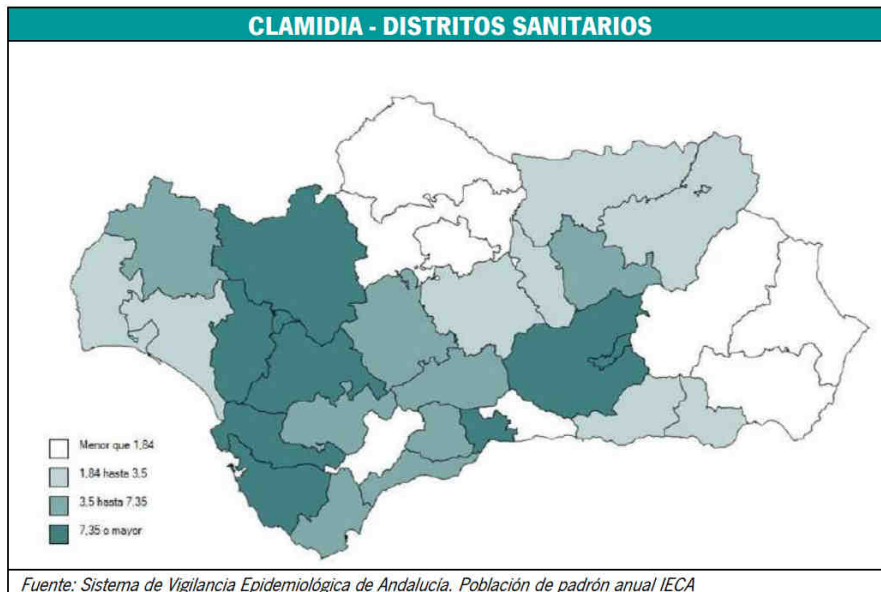


➤ **LA INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS:**

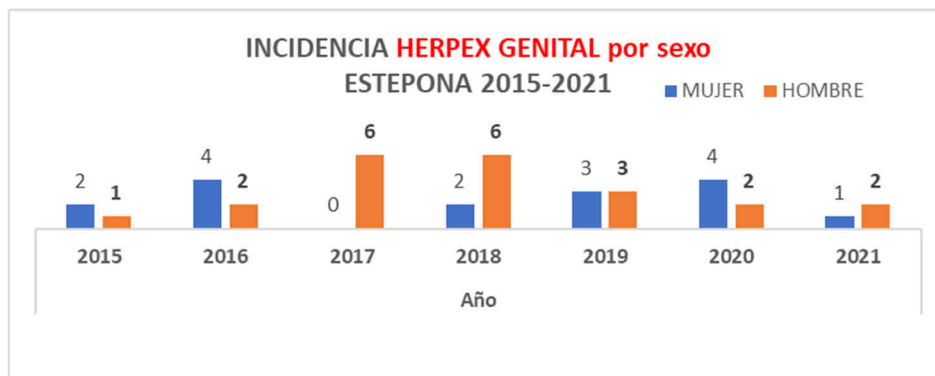
También ha mantenido en Andalucía una tasa de incidencia en constante ascenso, alcanzando en 2019 los 12,5 casos por 100.000 habitantes en Andalucía. El grupo de edad más afectado fue entre 20 y 39 años.

En el caso de Estepona se han notificado más casos en mujeres que en hombres (32/21). **Se observa una tendencia levemente descendente desde 2018 hasta 2021 que inicia nuevamente un ascenso:**



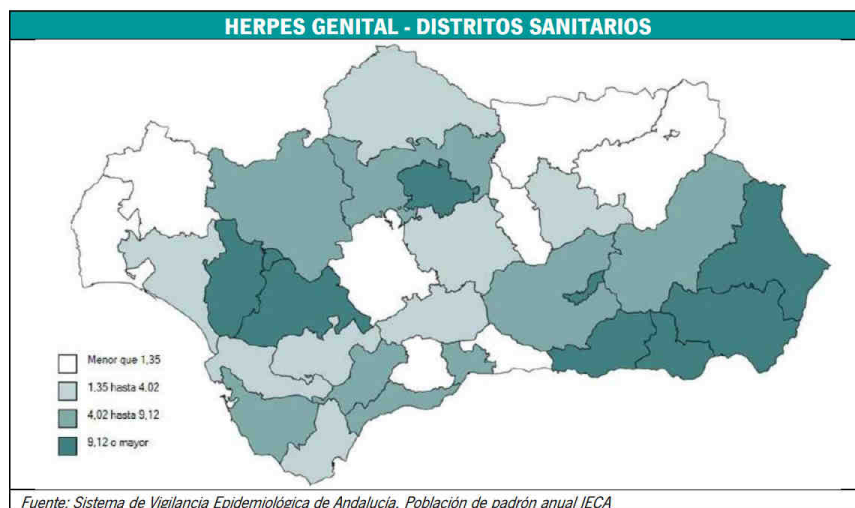


✓ HERPES GENITAL



Se observa una tendencia levemente descendente.

Ilustración 4.1: Herpes genital. Tasas por 100.000 habitantes. Mapa por los Distritos Sanitarios de Andalucía en 2019.



- En cuanto al **LINFOGRANULOMA VENÉREO**, los datos de vigilancia son más recientes, se incluyó en los planes de vigilancia epidemiológica de ITS en 2005. La totalidad de los casos declarados en Andalucía corresponden a hombres entre 20 y 64 años. En Estepona se declaró un caso en todo el periodo estudiado

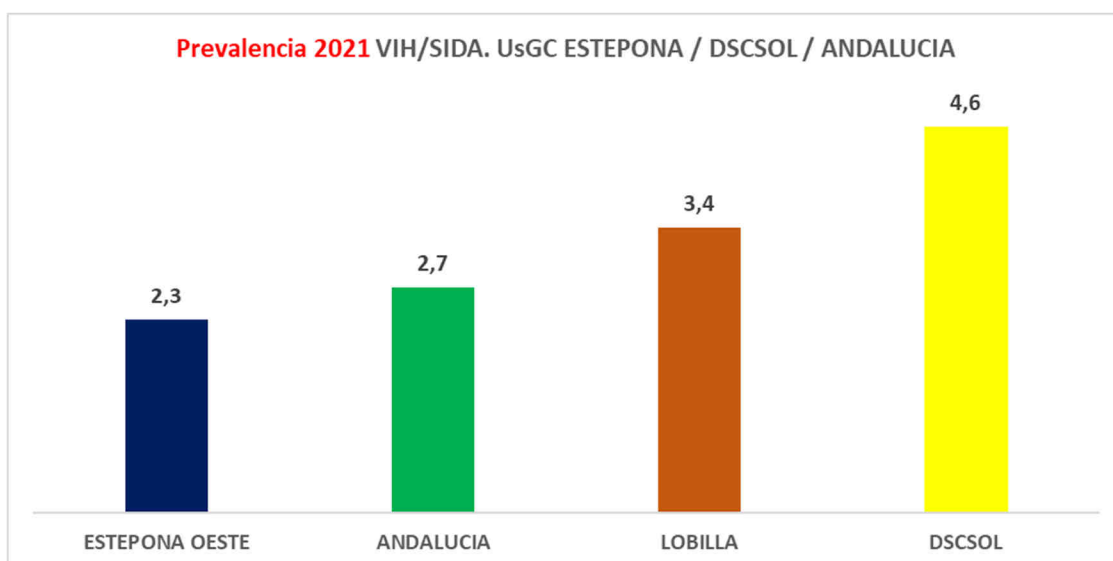
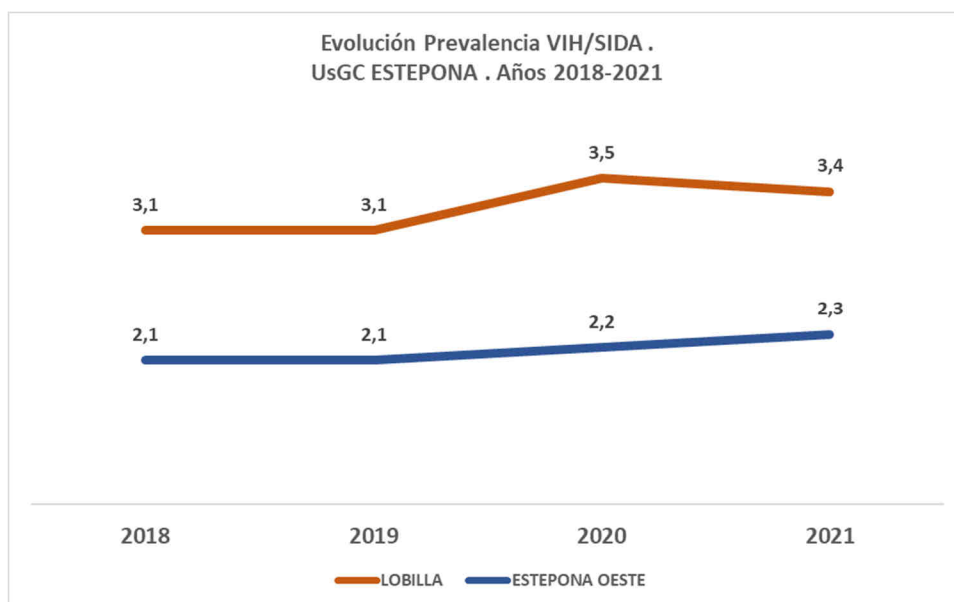
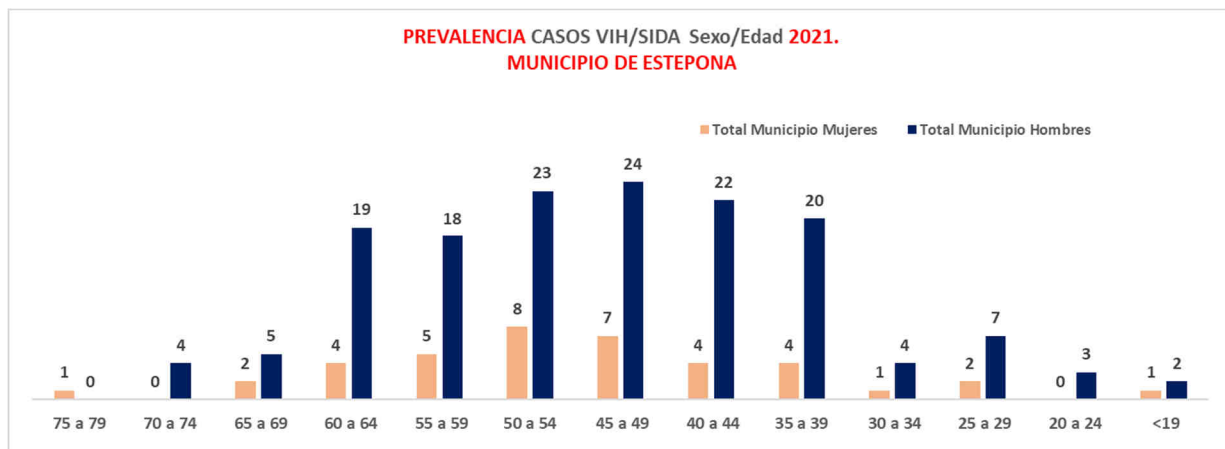
➤ **RECOMENDACIONES abordaje ITS**

- **Abordaje multidisciplinar del problema.** Es normalmente denominado **acción intersectorial o “Salud en Todas las Políticas”**. Concretamente, **colaboración estrecha entre el sector salud, educación y comunicación**. Se necesita reforzar la educación sobre la salud sexual y reproductiva, con un enfoque positivo sobre la sexualidad y asertivo sobre la pérdida de salud y transmisión de estas enfermedades. **No existe mejor escenario que los centros educativos, junto al seno familiar, para informar a los jóvenes de esta realidad.** Se debe potenciar la presencia de profesionales de salud en el ámbito educativo, junto con formación para los docentes, formando equipos estables de trabajo.
- Establecer alianzas con asociaciones y actores relevantes en la sociedad, para informar y hacer abogacía de la salud de cara a la sociedad. Se proponen **mantener y aumentar la colaboración con asociaciones ciudadanas que prestan servicios a colectivos interesados en temas de salud sexual y reproductiva.**
- Respecto a la percepción del riesgo. Se plantea la **necesidad de conocer las motivaciones e intenciones respecto a la negativa a seguir conductas que previenen los contagios sexuales.** Un abordaje de investigación cualitativa con grupos focales y/o entrevistas en profundidad, de profesionales sanitarios, y, sobre todo informantes claves de asociaciones y personas que no siguen los consejos preventivos, darían un acercamiento a las causas de tales conductas. Se destaca la relevancia de la perspectiva de género en el análisis epidemiológico de las ITS en Andalucía. **Así mismo, se recomienda tener en cuenta el papel de las principales vías de transmisión (relaciones heterosexuales u homosexuales de riesgo) en la aparición y distribución de las ITS en los distintos colectivos afectados. Estos aspectos deberían tenerse en cuenta en el abordaje de las ITS y en las estrategias de Salud Pública dirigidas a su prevención y control.**
- La tendencia de todas las ITS en Andalucía es ascendente, siendo más pronunciada en la infección gonocócica y en la clamidiasis.

➤ **EVOLUCIÓN CASOS DE VIH/SIDA DE ESTEPONA/ DSCSOL/ ANDALUCÍA**

El Registro de casos de VIH/sida de Andalucía ofrece información sobre las características de las personas que la padecen, del lugar donde habitan y de la evolución temporal de la infección. Actualmente podemos conocer el perfil de las personas que se infectan por el virus del VIH, su modo de transmisión, lugar y momento en el que se produce la misma. **El sida, por tanto, es una posible evolución de la infección, que con los tratamientos actuales se está reduciendo considerablemente y además es un estadio clínico reversible.**

El modo de transmisión de la infección por del VIH más frecuente es por relaciones sexuales no protegidas. Dentro de ellas, las relaciones sexuales no protegidas entre hombres (56,85%) es el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH seguido del heterosexual (22,92%)

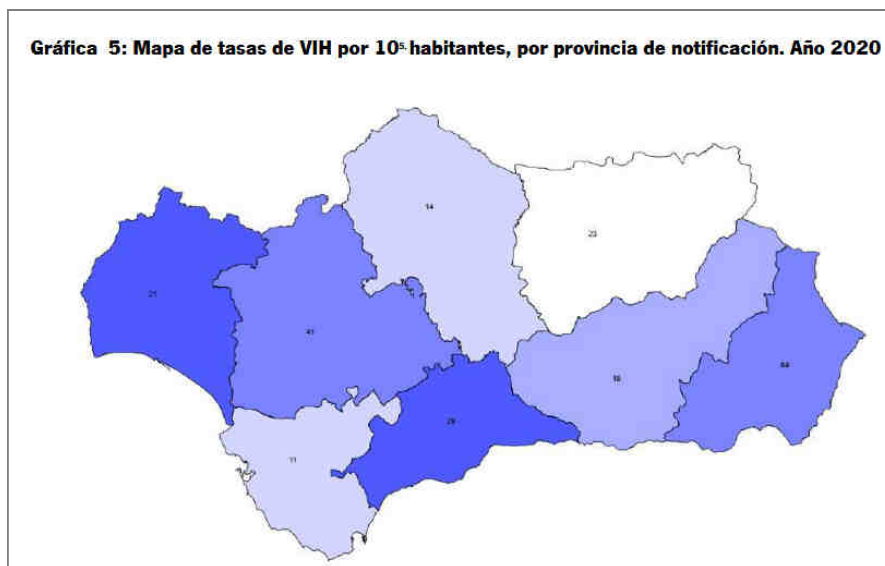


Mayor prevalencia en la UGC Lobilla: El 82,2% de sus usuarios afectados son hombres frente al 76% de la UGC Estepona y el 74,2% de usuarios del SSPA.

No hay ningún caso que supere los 79 años. La edad media de los casos del municipio en su conjunto es de 48 años (D.S. CSol y Andalucía, 49 años).

En Estepona, al igual que Andalucía, el perfil predominante de los casos diagnosticados de VIH en 2020 continúa siendo el mismo que en años anteriores, hombre de 25 a 29 años cuyo modo de transmisión es el de HSH.

En el año 2020 la tasa más alta de nuevos diagnósticos fue en la provincia de Málaga, con 5,63 casos por 100.000 habitantes, seguida de Huelva y Sevilla



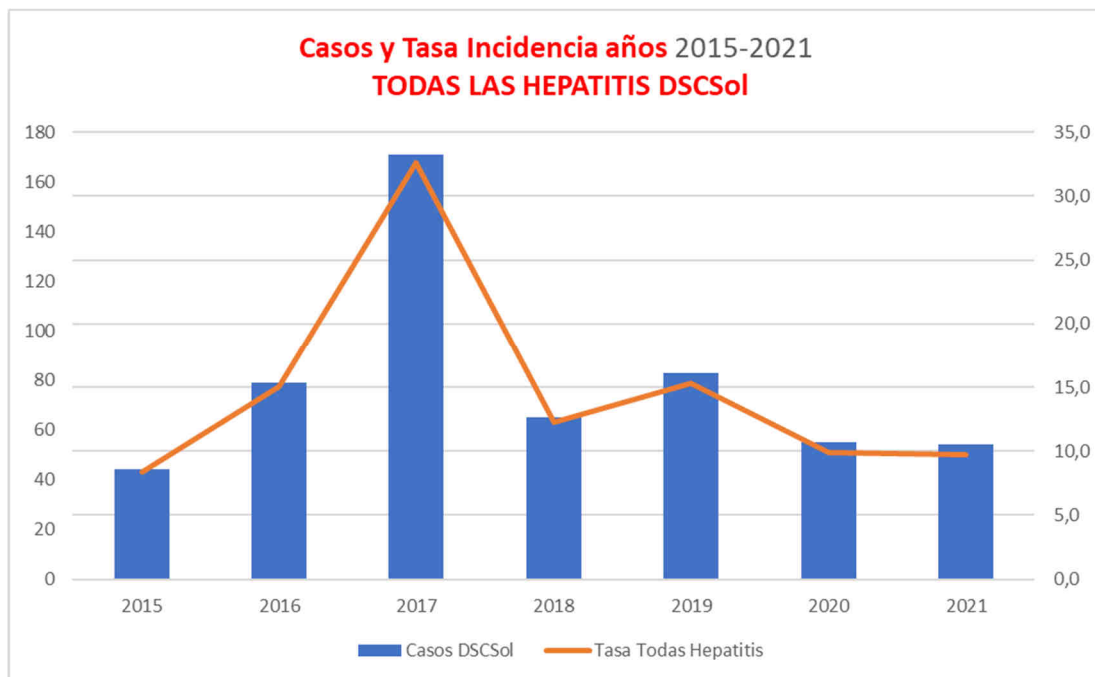
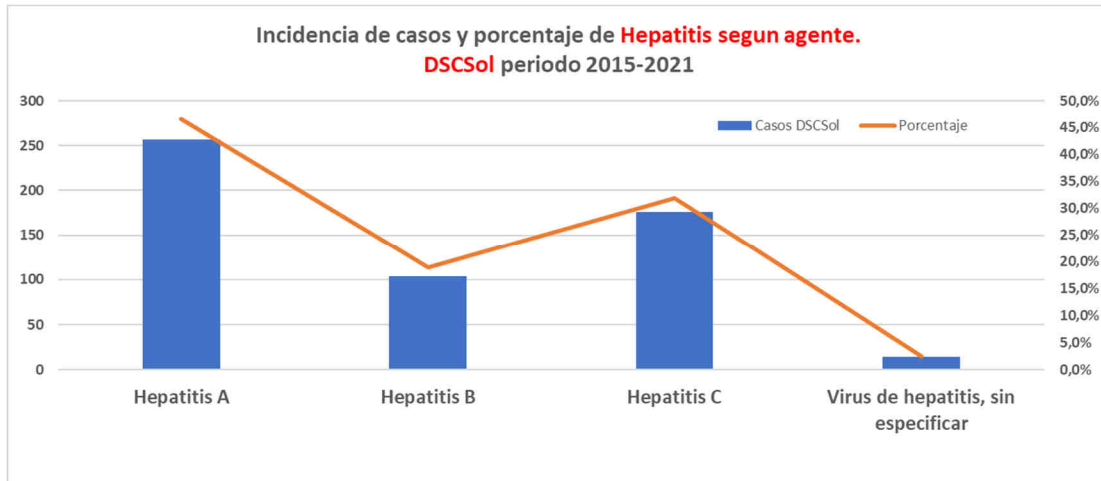
➤ RECOMENDACIONES HIV/SIDA EN ANDALUCÍA 2013-2020:

- Insistir en la necesidad de protección en las relaciones sexuales para prevenir las infecciones de transmisión sexual. Poner en práctica estrategias innovadoras de información, divulgación, concienciación.
- Para definir las estrategias de prevención, es necesario una buena cumplimentación del modo de transmisión y la cifra de CD4 al diagnóstico.
- Las campañas de sensibilización, información de VIH y otras ITS y, la oferta de pruebas rápidas, el consejo, entre otras estrategias, parecen efectivas en la población masculina que tienen relaciones sexuales con hombres. Se recomienda la incorporación de nuevas estrategias dirigidas a la población sexualmente activa. Fomentar y facilitar el trabajo de las asociaciones y colectivos, además de las de HSH, las de jóvenes, mujeres e inmigrantes.
- En la red sanitaria, fundamentalmente en la atención primaria, ofertar pruebas diagnósticas tanto de VIH como de ITS en la población sexualmente activa.
- Mejorar la coordinación de todas las instituciones implicadas: Educación, Servicios Sociales, Asociaciones de ciudadanos y Salud.

- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ORO-FECAL (HEPATITIS A)

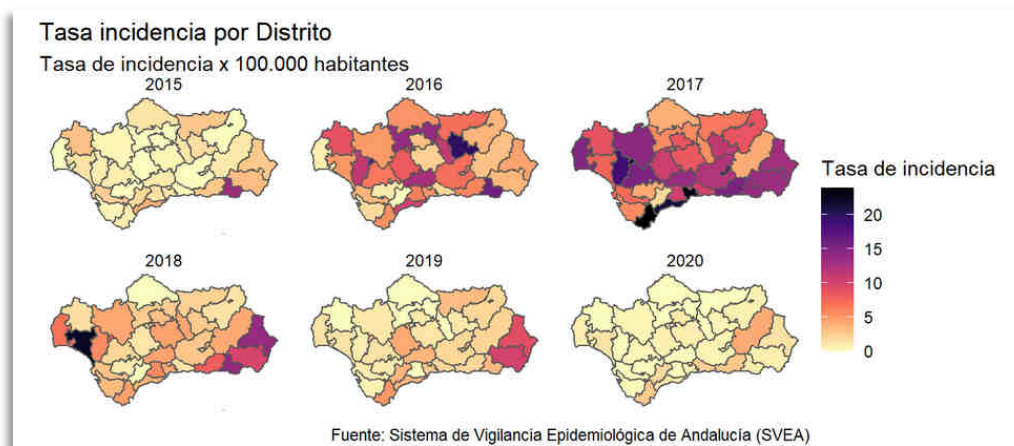
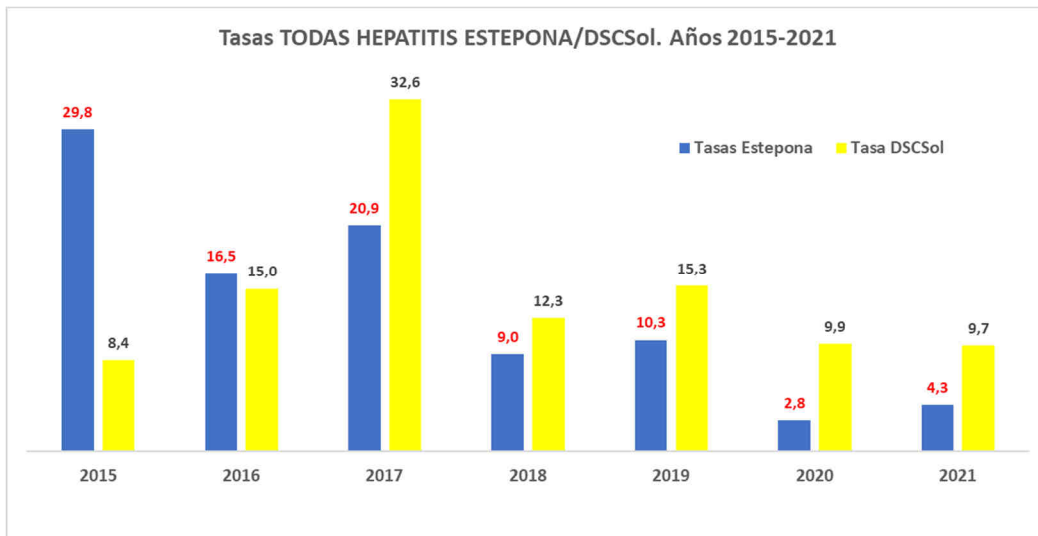
- EVOLUCIÓN HEPATITIS SEGÚN AGENTE 2015-2021

Entre los años 2015 y 2017 se dio un aumento de la notificación de casos de Hepatitis A en hombres que tenían sexo con hombres (HSH), esto originó un incremento en la incidencia en toda Andalucía. A partir de 2017 y según protocolo, se oferta la vacunación de hepatitis A en todos los centros de salud a dicho colectivo de riesgo

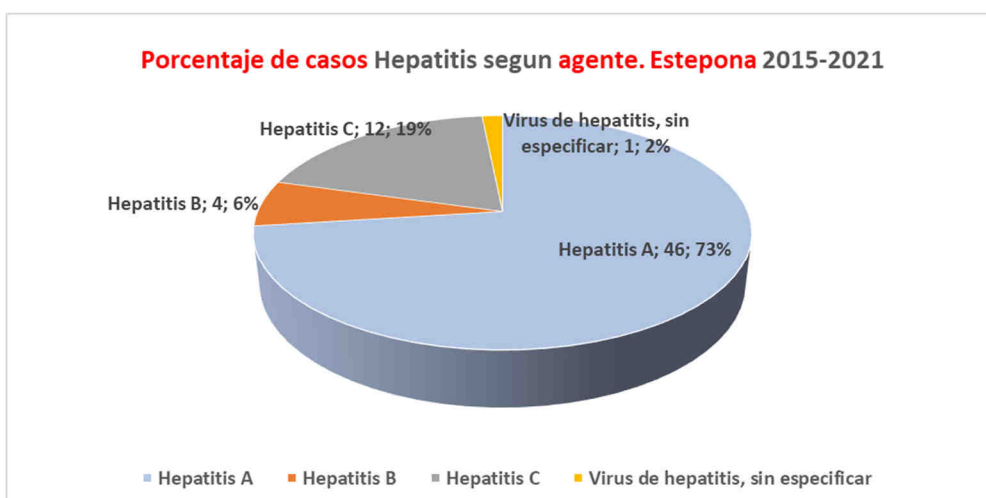


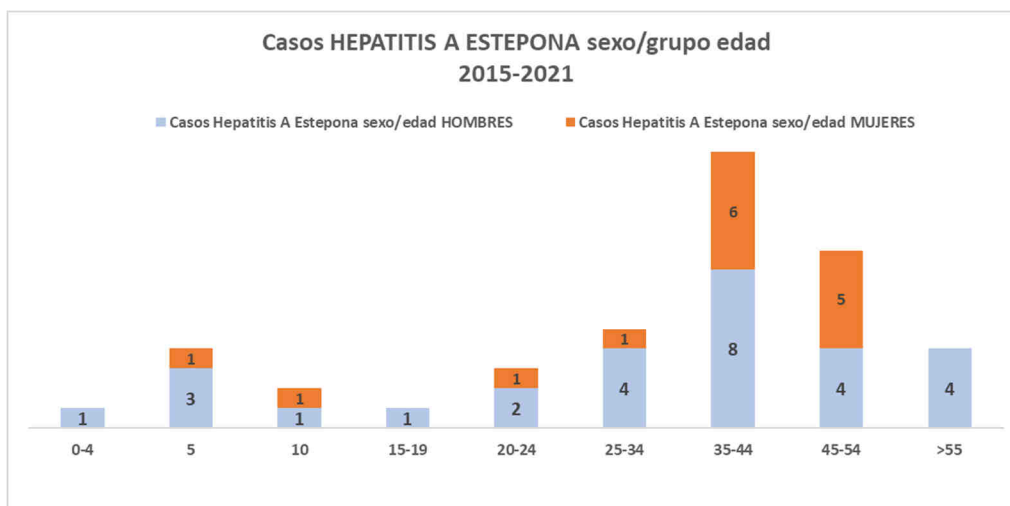
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Casos DSCSol	44	79	171	65	83	55	54	551
Tasa Todas Hepatitis	8,4	15,0	32,6	12,3	15,3	9,9	9,7	

Tasa de incidencia en 2017 de 32.6 para el conjunto del DSCSol, debido a brote de HVA en colectivo HSH.



De los 63 casos notificados de hepatitis en Estepona en el período, 45 corresponden a infección por VHA (73%), frente a 12 casos por VHC (19%), 5 por HVB (6%) y 1 sin especificar (2%)





El mayor número de casos se da en **hombres en el grupo de edad de 35 a 44 años**.

• ENFERMEDADES VACUNABLES

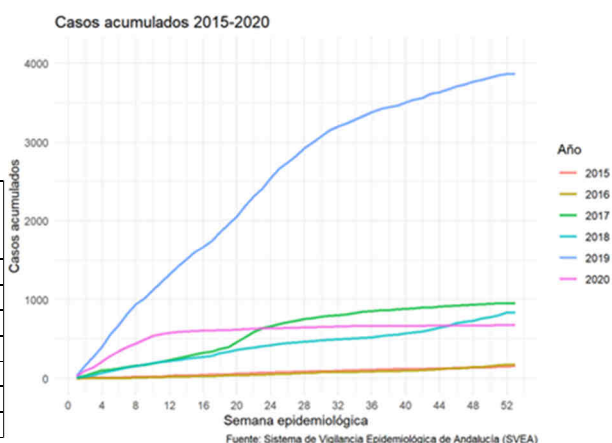
➤ PAROTIDITIS

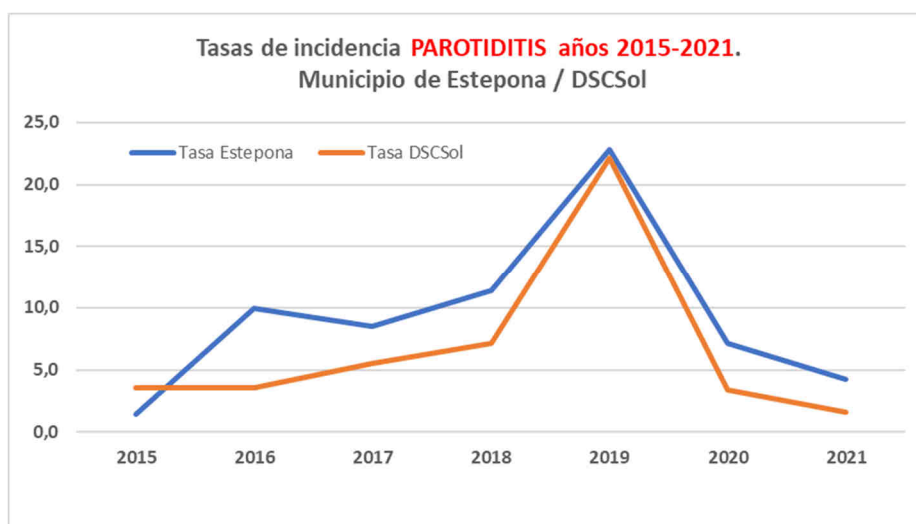
La parotiditis es una **enfermedad vírica** que se caracteriza por fiebre e inflamación de una o más de las glándulas salivares, habitualmente de la parótida.

En los últimos años se ha producido en Andalucía una nueva onda epidémica de la enfermedad que comenzó en 2017 y ha presentado su pico en el año 2019, disminuyendo de forma importante en 2020. Esta disminución en la incidencia que ya se puede detectar al inicio de 2020 sufre una brusca caída a partir del inicio de la pandemia de covid19, y que por tanto se puede relacionar con los efectos que la pandemia ha podido tener en la transmisión y circulación de este virus, así como en el diagnóstico y la declaración de esta enfermedad.

Las tasas de Estepona y el conjunto del DSCSol siguen el mismo patrón que Andalucía, con un aumento de la incidencia en 2019.

Año Parotiditis	ESTEPONA	Tasa Estepona	DSCS	Tasa DSCSol
2015	1	1,4	20	3,6
2016	7	10,0	20	3,6
2017	6	8,5	31	5,5
2018	8	11,4	40	7,1
2019	16	22,8	124	22,1
2020	5	7,1	19	3,4
2021	3	4,3	9	1,6





En todas las series 2015-2021 las tasas del municipio de Estepona superan a las del DSCSol.

Por grupos de edad, en 2019 y 2020 la mayor proporción de casos y la mayor tasa corresponden al grupo de 20-24 años de edad, seguido del grupo de 15-19 años y 25-29 años, por descenso de la inmunidad de la cepa Rubini y menor efectividad de la cepa Jeryl Lynn

Los casos no presentan gravedad clínica, necesitando ingreso hospitalario un pequeño porcentaje de casos y registrándose solo una defunción en este periodo en un caso de edad avanzada.

Desde 1986 la vacuna de parotiditis está incluida en el calendario sistemático de vacunaciones de Andalucía junto con la del sarampión y la rubeola (Triple vírica) a la edad de 12 meses y 3 – 4 años.

Como es habitual en esta enfermedad hay una importante proporción de casos correctamente vacunados. Esta situación se explicaría en los casos vacunados más jóvenes (<20 años) por la menor efectividad de la vacuna que se utiliza en la actualidad (cepa Jeryl Lynn), comparada con la de sarampión y rubéola, y en los casos vacunados de mayor edad por la evanescencia de la inmunidad conferida por la vacuna, así como por la vacunación con la vacuna que contenía la cepa Rubini.

En resumen, el aumento progresivo de individuos susceptibles, bien por no desarrollar inmunidad frente a la enfermedad tras la vacunación o bien por perderla con el tiempo, permite el mantenimiento de la circulación del virus y la aparición de ondas epidémicas de la enfermedad. Sin embargo, aunque se logran altas coberturas de vacunación estas no consiguen eliminar la presentación epidémica de la parotiditis, aunque sí reducen la gravedad y las complicaciones clínicas asociadas, presentándose generalmente cuadros clínicos leves

➤ TOSFERINA

La tosferina es una **infección bacteriana** del tracto respiratorio causada por *Bordetella pertussis*. La presentación clínica de la tosferina varía con la edad y los antecedentes de vacunación.

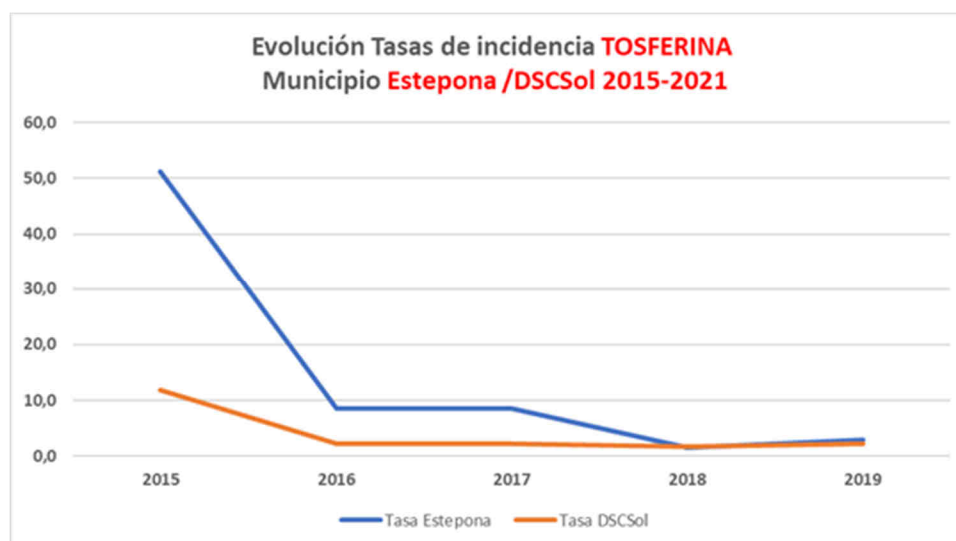
El calendario de vacunación infantil en Andalucía incluye la vacunación frente a la tos ferina con una serie primaria de 2 dosis a los 2 y 4 meses de edad y dos dosis de refuerzo a los 11 meses y a los 6 años de edad (calendario de nacidos a partir de 1 de enero de 2017). Los niños menores de 4 meses, particularmente los que no han completado la serie primaria de vacunación o todavía no han sido vacunados, están a riesgo de complicaciones y de mortalidad.

Ni la infección natural por *B. pertussis* ni la vacunación confieren inmunidad duradera por lo que las reinfecciones son frecuentes.

CASOS TOSFERINA AÑO	ESTEPONA	Casos < 1 año	% <1 año sobre total casos	DSCS	Casos < 1 año	% <1 año sobre total casos
2015	36	13	36,1	66	29	43,9
2016	6	2	33,3	12	4	33,3
2017	6	4	66,7	12	8	66,7
2018	1	1	100	9	3	33,3
2019	2	1	50	12	3	25
Total	51	21	41	111	47	42,3

A partir del 30 de noviembre de 2015, se inició la estrategia de **vacunación frente a tosferina en las mujeres embarazadas entre la 28 y la 36 semana de gestación**, como la medida más efectiva para la prevención de la tosferina en los niños menores de 3 meses de edad, objetivo prioritario del programa de vacunación frente a tosferina.

Esta se puso en marcha ante el incremento de la incidencia de la enfermedad en el año 2015, fundamentalmente en menores de un año y con especial relevancia en menores de 3 meses. **Estepona y el conjunto del DSCSol al igual que en Andalucía, acusaron una nueva onda epidémica de la enfermedad con un pico en el año 2015.**



Esta brusca caída en la incidencia durante los años 2020 y 2021 (NINGUN CASO DECLARADO) puede estar relacionada con los efectos que esta pandemia ha podido tener en la transmisión, diagnóstico y declaración de esta enfermedad.

En ambos años los menores de 1 año siguen presentando la mayor tasa de incidencia

Los menores de 1 año siguen presentando la mayor tasa de incidencia y las mujeres siguen presentando tasas ligeramente más elevadas que los hombres.

No se ha notificado la defunción en ninguno de los casos de 2019 y 2020.

En estos dos años continúa siendo mayor el número de casos entre 3-11 meses que el de menores de 3 meses, hecho que

viene ocurriendo desde el año 2016, a partir de la puesta en marcha de la vacunación de la embarazada, lo que indica que la vacunación en la madre se sigue mostrando como una medida eficaz para proteger a los lactantes en los primeros meses de vida frente a esta enfermedad.

Estepona declaro 2 brotes de Tosferina en 2015 y 1 en 2016 por agrupación familiar

➤ VARICELA

La incidencia de la enfermedad se redujo de forma considerable en 2017, disminuyendo en todas las provincias. En el conjunto de Andalucía en 2017 disminuyó un 52.9% con respecto a 2016, especialmente en los grupos con una mayor incidencia: el grupo de 1-4 años y el de 5-9 años.

En cuanto a los ingresos hospitalarios, también disminuyeron un 47,8% en 2017 con respecto a 2016, desplazándose el mayor porcentaje de ingresos a los grupos de mayor edad



➤ SARAMPIÓN

No ha habido incidencia de casos de sarampión declarados desde 2005 en el Municipio de Estepona

• OTRAS ENFERMEDADES

➤ EVOLUCIÓN CASOS MENINGITIS SEGÚN AGENTE 2015-2021

Entre 2015 y 2021 se declararon 182 meningitis en el DSCSol.

EVENTO	Frequency	Percent
Enfermedad meningocócica (19) (E.D.O.)	25	13,74%
Meningitis bacterianas, otras (83) (E.D.O.)	66	36,26%
Meningitis infecciosas, otras (60) (E.D.O.)	2	1,10%
Meningitis víricas (82) (E.D.O.)	89	48,90%
Total	182	100,00%

De ellas 27 fueron declaradas en el municipio de Estepona. M víricas 14, Bacterianas 9 y Meningocócicas 4.

MUNICIPIO=Estepona				
AÑO	Evento			Total
	Meningitis meningocócica	Meningitis bacterianas	Meningitis víricas	
2015	0	1	5	6
2016	2	2	0	4
2017	0	1	1	2
2018	1	2	0	3
2019	1	2	3	6
2020	0	1	3	4
2021	0	0	2	2
TOTAL	4	9	14	27

- El tipo más frecuente en Estepona es la **MENINGITIS VÍRICA**, de las que el mayor número de casos (6/6) se registraron en los años 2015 y 2019. Se diagnosticaron en Estepona 14 casos, 7 hombres y 7 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 77 años. La meningitis vírica (MV) en muchos casos es asintomática. La MV aparece esporádicamente o como agrupación de casos por una transmisión persona-persona o ingesta de agua/alimentos. Aunque puede deberse a diversos virus, en España, el género Enterovirus supone la principal etiología en niños y adultos, siendo causa en el 85-95% de casos, seguido por Herpes virus simplex 1 y 2 y Varicela-Zóster, más frecuentes en adultos. No existe vacuna
- Le sigue en frecuencia de casos la **MENINGITIS BACTERIANA** con 9 casos frente a los 66 del DSCSol (tasa acumulada 12,8 vs 11,8)
- Por último, se dieron en el municipio en ese periodo 4 casos de **MENINGITIS MENINGOCÓCICA**, 2 en 2016 y 1 en 2018 y 2019 respectivamente. Dos hombres y 2 mujeres de 14,28,61 y 67 años.

En **Andalucía**, se incluyeron las **vacunas** frente a la meningitis meningocócica a lo largo de los últimos años:

- Frente al meningococo C en el calendario vacunal a partir del año 2000.
- Frente al meningococo serogrupos ACYW en el año 2017
- Actualmente, diciembre del año 2021 se ha incluido la vacuna frente a meningococo B (Bexsero).

Bloque V. VACUNACIONES

CALENDARIO DE VACUNACIONES RECOMENDADO PARA TODAS LAS EDADES - INFANCIA, ADOLESCENCIA Y EDAD ADULTA – ANDALUCÍA 2020

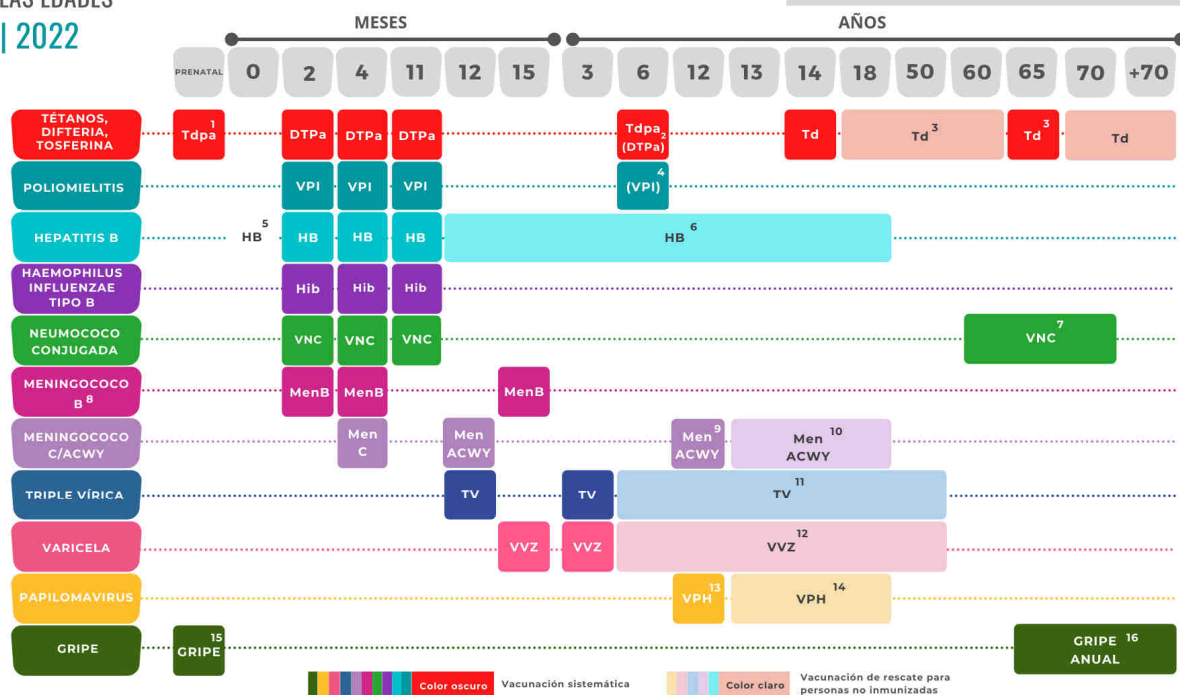
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/vacunas.html>

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/vacunas/paginas/ calendario-vacunacion.html>

Calendario de Vacunaciones

TODAS LAS EDADES
2021 | 2022

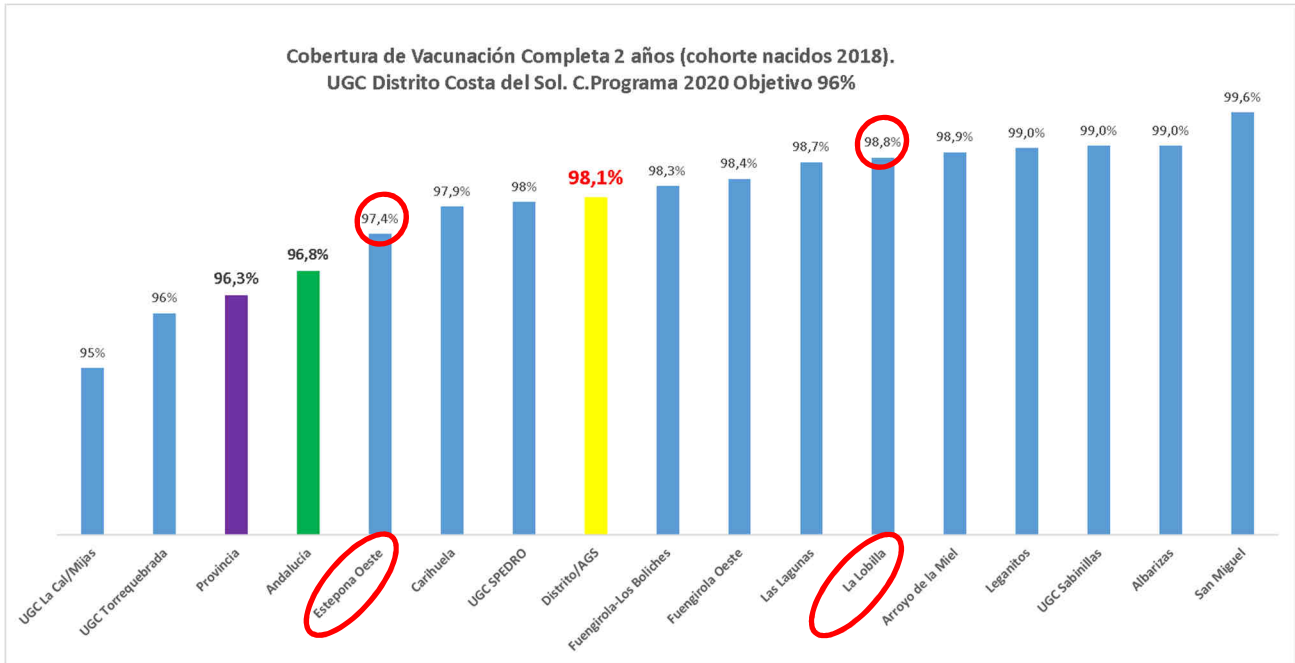
ANDALUCÍA



andavac Junta de Andalucía
Organismo de Salud y Familia

INFANTIL y JUVENIL:

- VACUNACIONES A MENORES DE 2 AÑOS:

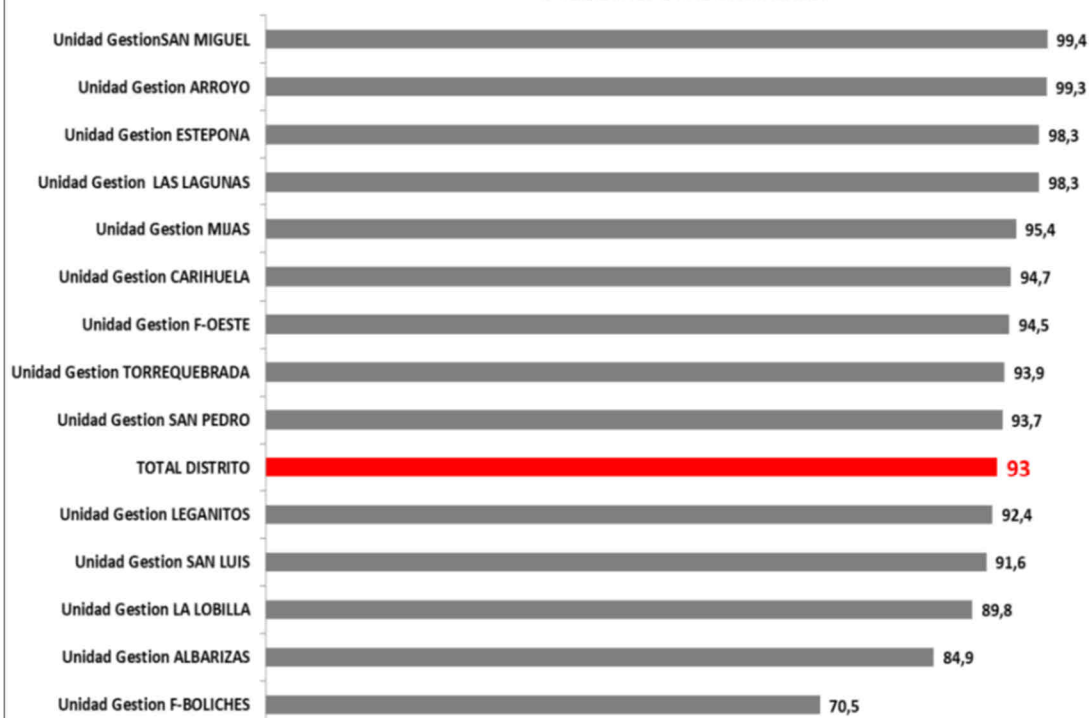


• **VACUNACIONES DE 6 A 14 AÑOS (ESCOLARES)**

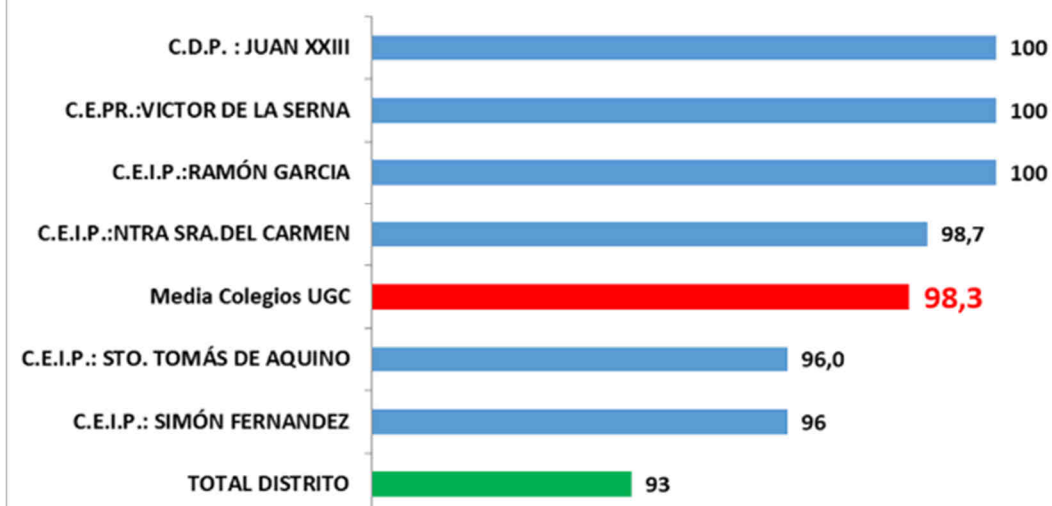
SALUD ESCOLAR	
Curso 2018-2019	
•	INTERVENCIÓN EN 127 COLEGIOS E INSTITUTOS del DCSol.
•	14.898 niños vacunados de 1º - 6º de Ed Primaria y 2º de ESO.
•	De ellos
•	dTpa 4917
•	VARICELA 4770
•	Mc 5071
•	DT 4910

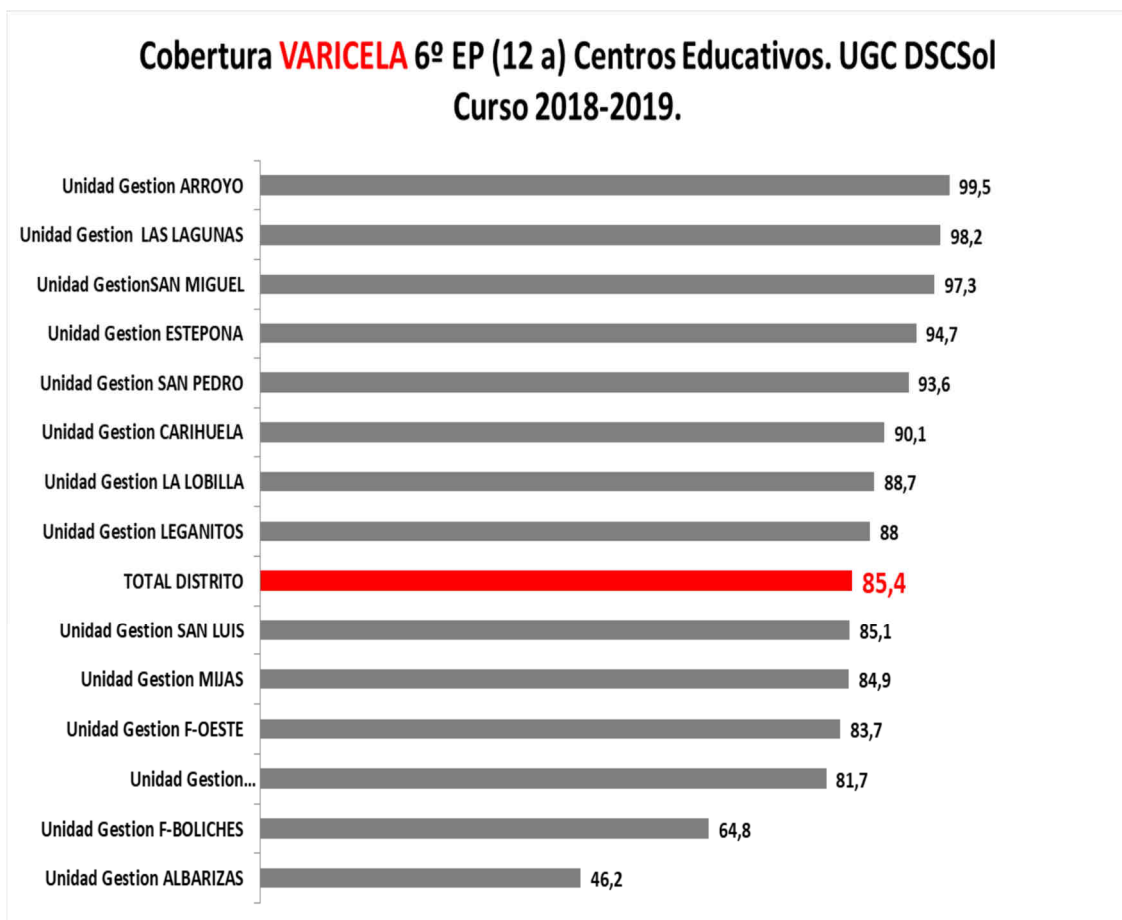
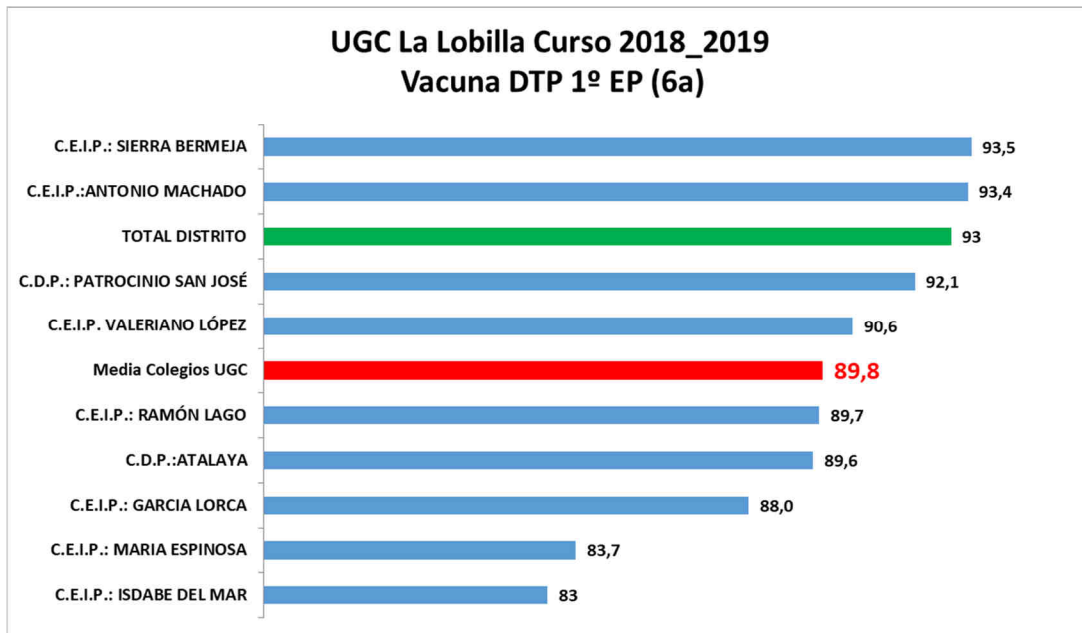
**COBERTURAS Escolares DCSOL/ UGC / Municipio de Estepona (UGC Estepona Oeste – La Lobilla).
 Curso 2018/19**

**Cobertura DIFTERIA/TETANOS/TOSFERINA (DTPa) 1º EP (6 a). Centros Educativos.
UGC DSCSol Curso 2018-2019.**

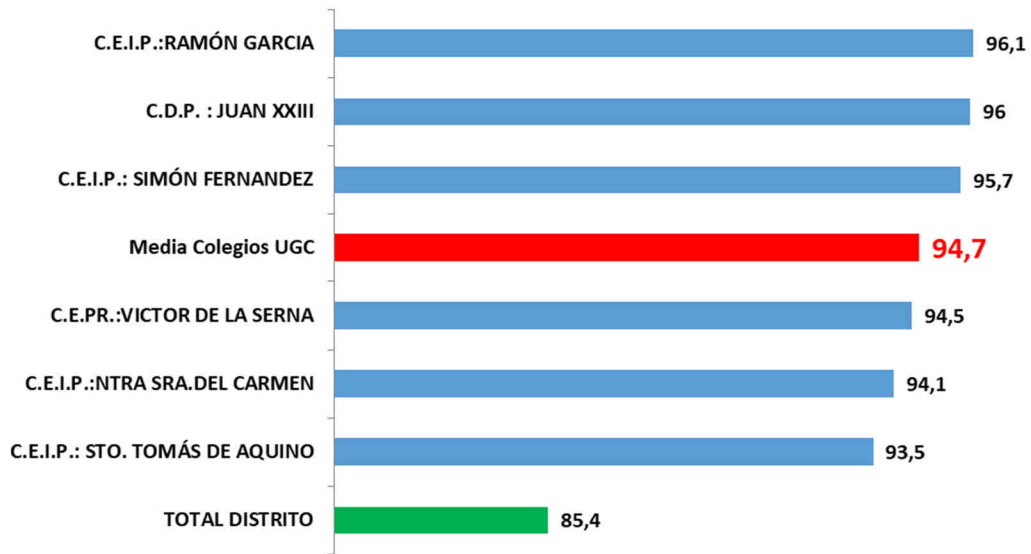


**UGC Estepona Curso 2018_2019
Vacuna DTP 1º EP (6a)**

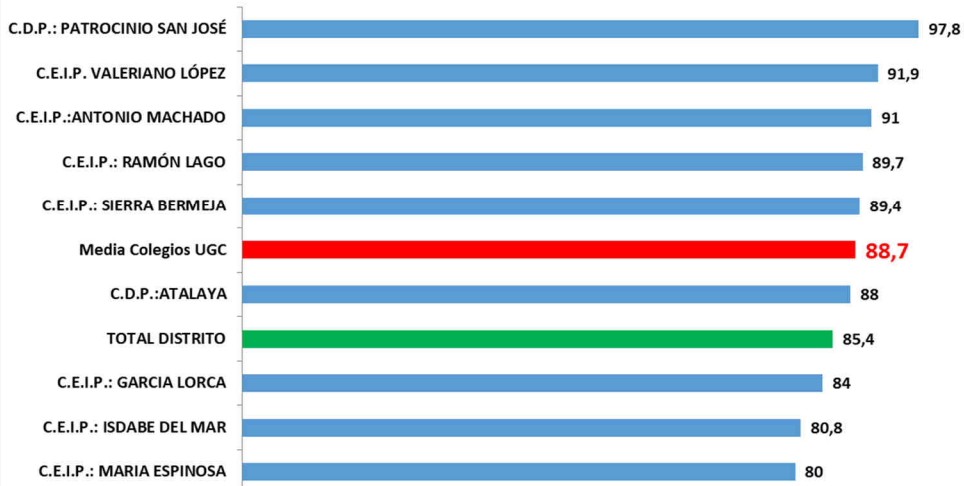




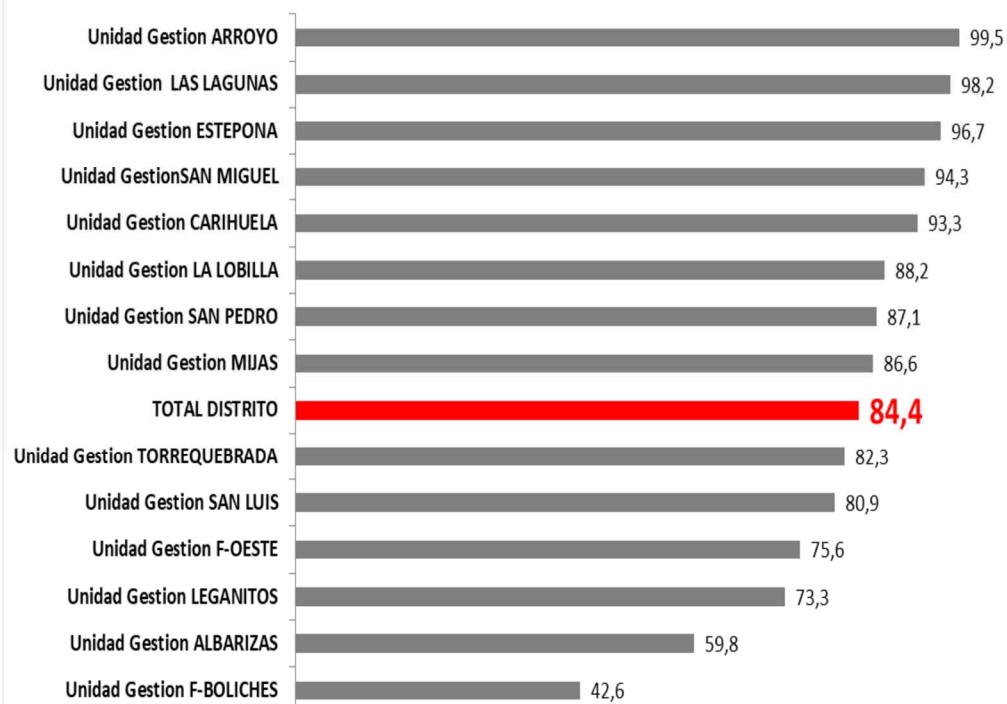
UGC Estepona Curso 2018_2019 Vacuna VARICELA 6º EP (12a)



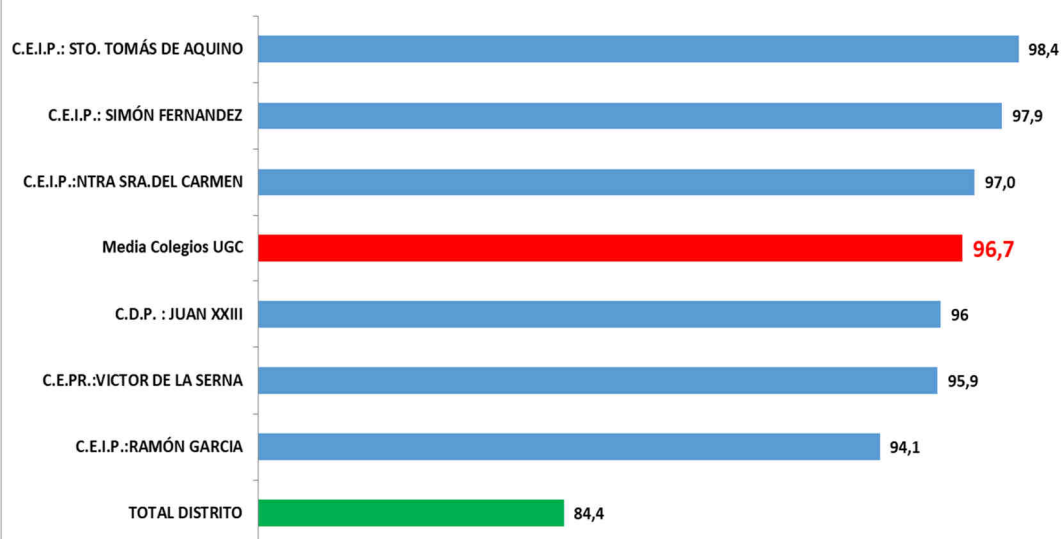
UGC La Lobilla Curso 2018_2019 Vacuna VARICELA 6º EP (12a)



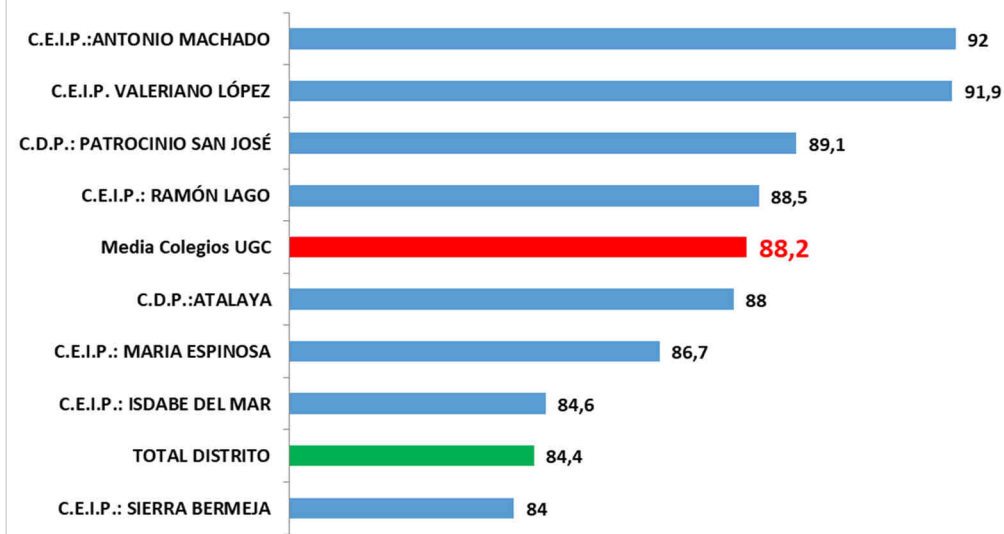
Cobertura **MENINGITIS C 6º EP (12 a) Centros Educativos.
UGC DSCSol Curso 2018-2019.**



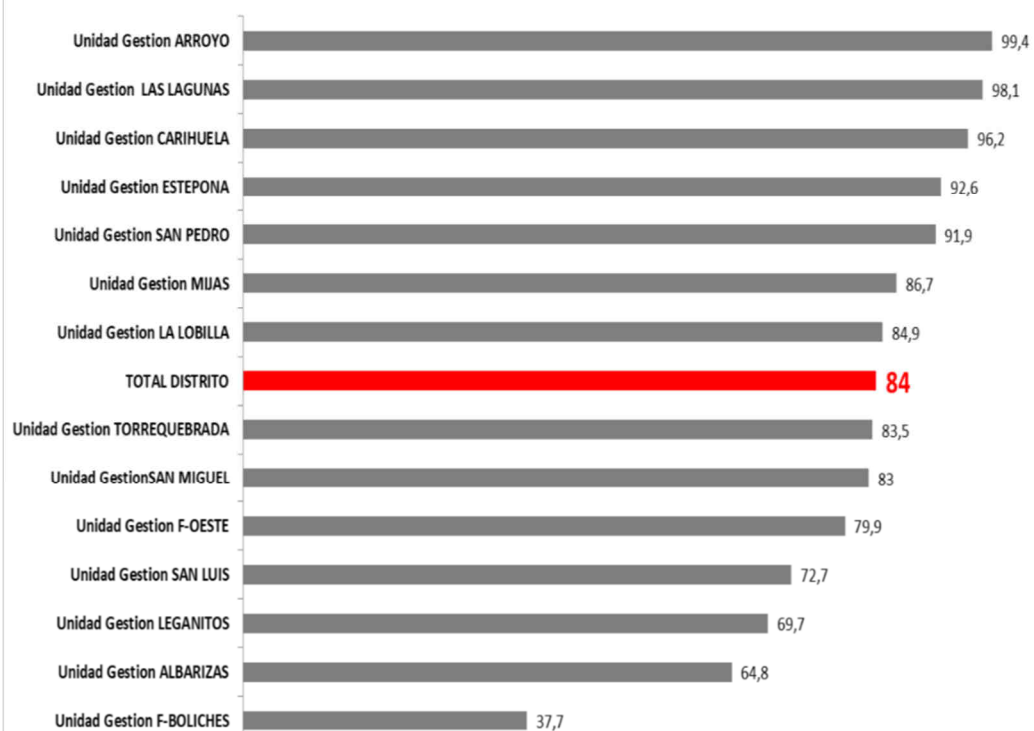
**UGC Estepona Curso 2018_2019
Vacuna **MENINGITIS C** 6º EP (12a)**

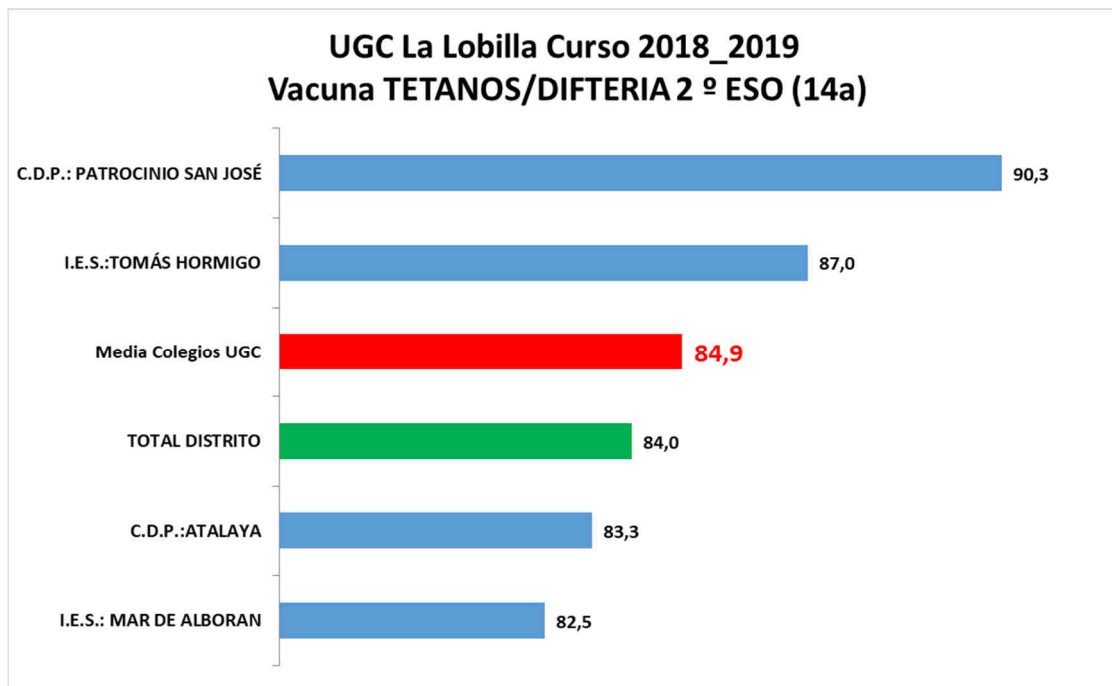
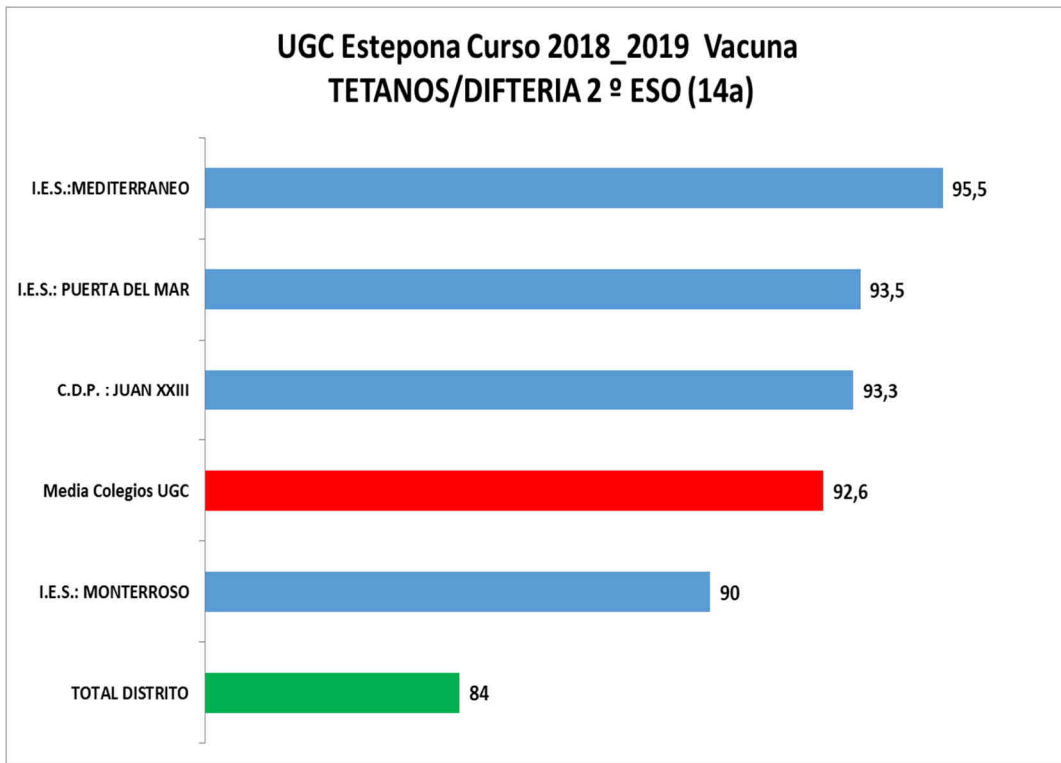


UGC La Lobilla Curso 2018_2019 Vacuna MENINGITIS C 6º EP (12a)



Cobertura Tétanos-difteria 2º ESO (14 a) Centros Educativos UGC DSCSol Curso 2018/19





BLOQUE VI. FACTORES DETERMINANTES DE SALUD Y ACTIVIDAD EN PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. INFORME EN MENORES:

A. SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTOJUVENIL.

• MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA OBESIDAD INFANTIL

La obesidad en estas edades es una epidemia y el mayor problema de salud pública de los menores andaluces.

Es importante disminuir el exceso de peso en estas edades porque influye en su presente y en su futuro al ser puerta de entrada de otras muchas enfermedades como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes mellitus tipo 2 y algunos tipos de cáncer. También afecta a la salud mental y es importante en las complicaciones y la mortalidad de COVID-19.

Como dice el Plan Integral contra la Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN): “Hay que entender la epidemia de obesidad infantil en el contexto de la epidemia en la población adulta y de una sociedad obesogénica. La epidemia en la infancia y en la edad adulta se retroalimentan y perpetúan el problema a lo largo del ciclo vital”.

En las economías más avanzadas, la prevalencia de la obesidad se ha multiplicado por dos, e incluso por tres, desde 1970.

Gran parte de este análisis ha sido tomado de los últimos informes publicados por el Plan Integral contra la Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN): “Informe de evaluación del PIOBIN 2011-2018 e Informe PIOBIN 2020. Consejería de Salud. Andalucía).

• PREVALENCIA DEL EXCESO DE PESO INFANTOJUVENIL

Para analizar la situación actual del exceso de peso en los menores andaluces contamos con los datos de la última Encuesta Andaluza de Salud (EAS) realizada en 2016, con la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) realizada en 2017, el Estudio ALADINO Andalucía realizado en 2019 y el Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud de Andalucía, 2018 (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC-Población de 11 a 18 años.), estos dos últimos del Ministerio de Sanidad, España.

El Estudio ALADINO es el Estudio sobre la Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Estas fuentes utilizan distintas poblaciones y períodos de estudio, pero dan suficiente información sobre el problema del exceso de peso en menores; para ello se utiliza el IMC (Índice de Masa Corporal) que se calcula con los datos de peso y altura.

COMPARACIÓN DE PORCENTAJES DE EXCESO DE PESO EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE ANDALUCÍA SEGÚN DISTINTAS MEDICIONES				
	SOBREPESO	OBESIDAD	EXCESO DE PESO	POBLACIÓN DE ESTUDIO
EAS (2015-16)	19,7	11,3	31	MENORES DE 2 a 15 años
ENSE (2017)	20,2	12,5	33,4	MENORES DE 2 a 17años
ALADINO (2019)	22,4	20,3	42,7	MENORES DE 6 a 9 años

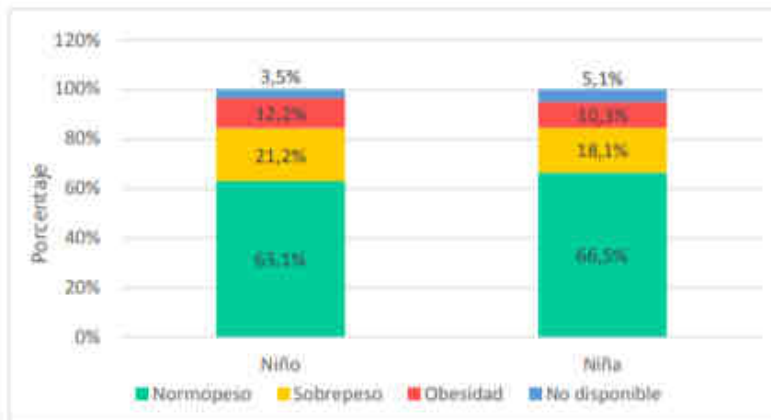
EAS (2015-16); ENSE (2017), ALADINO ANDALUCÍA (2019). ELABORACIÓN PROPIA (Área de Educación para la Salud. UGC PPV. DAP COSTA DEL SOL)

Los datos indican que **más del 31% de los menores andaluces padecen exceso de peso y más del 42% de los que tienen de 6 a 9 años.**

Según la Encuesta Andaluza, la prevalencia de sobrepeso en edades de 2 a 15 años es del 19,7% y una prevalencia de obesidad del 11,3 % y por tanto *“Por cada 10 niños/as hay 3 con exceso de peso (sobrepeso más obesidad), 2 con sobrepeso y 1 con obesidad”*.

Tanto el sobrepeso como la obesidad son más elevados en los niños que en las niñas.

Sobrepeso y obesidad en población de 2-15 años y según sexo. Encuesta andaluza de Salud 2016

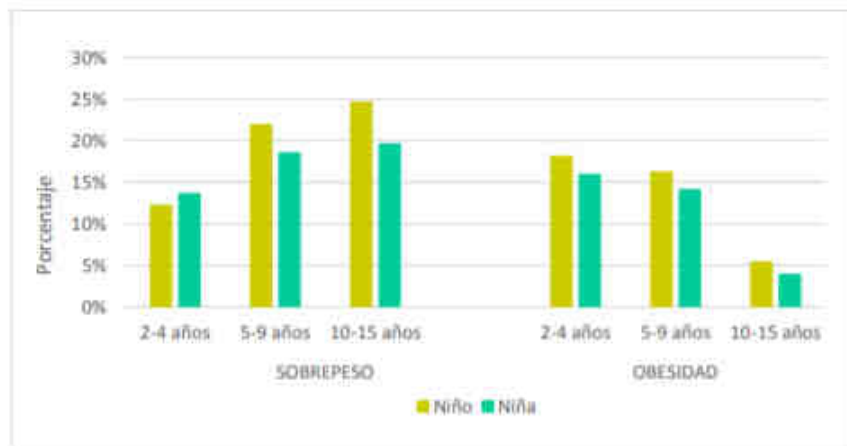


Fuente: EAS 2016. Elaboración PIOBIN.

Por edad y sexo el sobrepeso es mayor en los grupos de más edad, fundamentalmente entre los niños.

La obesidad, en cambio, va disminuyendo entre los de más edad, sobre todo a partir de los 9 años tanto en los niños como en las niñas, como puede observarse en el gráfico siguiente:

Sobrepeso y obesidad por grupos de edad y sexo. Población de 2 a 15 años.



Fuente: EAS 2016. Elaboración PIOBIN.

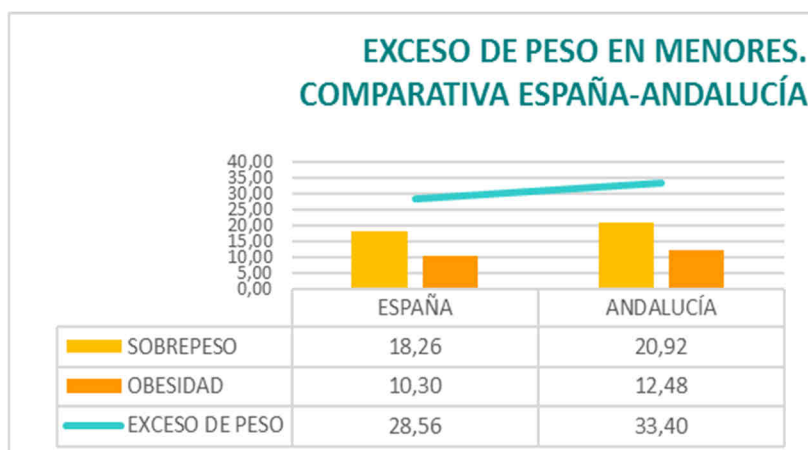
Distribución de IMC por sexo. Estudio Aladino Andalucía 2019



Fuente. Estudio Aladino Andalucía 2019. Elaboración PIOBIN

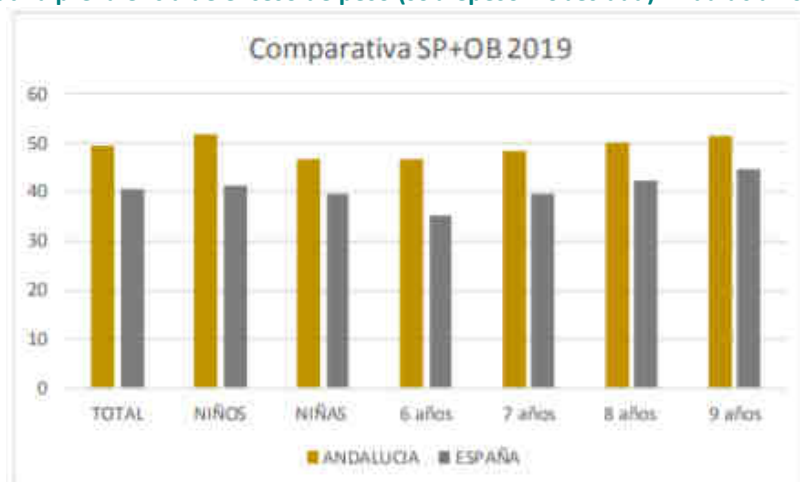
Andalucía tiene prevalencias de **exceso de peso** en la población de 2 a 17 años **más elevadas que el conjunto de España**.

En 2017, el sobrepeso y la obesidad infantil en España afectaba al 28,56% de la población mientras que en Andalucía la prevalencia era del 33,40%, es decir **cinco puntos porcentuales más**.



Encuesta Nacional de Salud 2017. ELABORACIÓN PROPIA (Área de Educación para la Salud. UGC PPV. DAP COSTA DEL SOL)

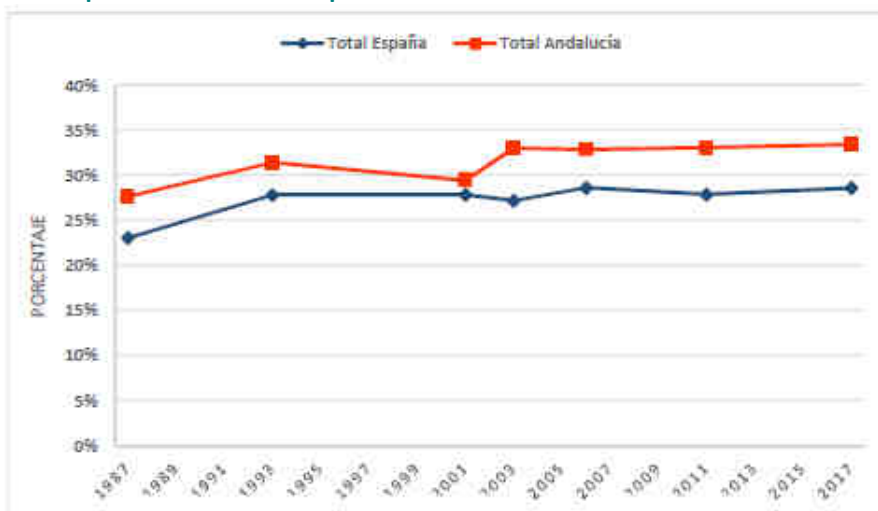
Comparativa prevalencia de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) Andalucía-España 2019



Fuente. Estudio Aladino Andalucía 2019. Elaboración PIOBIN

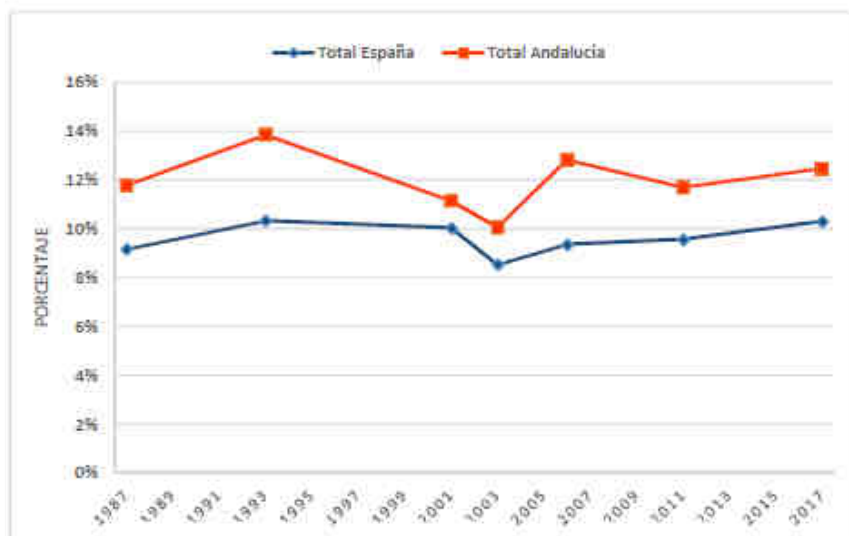
Aunque Andalucía tenga peores cifras que España, en ambas se aprecia en la última década una **tendencia a la estabilización**:

Sobrepeso más obesidad infantil en población de 2-17 años. Comparación Andalucía-España. Encuestas Nacionales de Salud 1987-2017.



Fuente: ENSE 1987-2017. Elaboración PIOBIN.

Obesidad infantil en población 2-17 años. Comparación Andalucía-España. Encuestas Nacionales de Salud 1987-2017.



Fuente: ENSE 1987-2017. Elaboración PIOBIN.

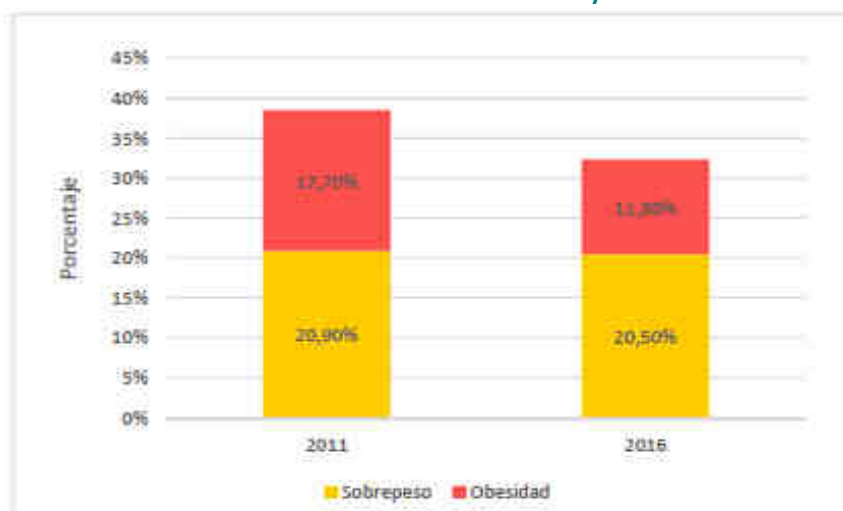
Serie histórica. Comparativa Estudio Aladino España/Andalucía 2011, 2015 y 2019.



Fuente. Estudio Aladino Andalucía 2019. Elaboración PIOBIN

Andalucía evoluciona manteniendo el sobrepeso en torno al 21% y disminuyendo la obesidad disminuye, pasando del 17,7% al 11,8%. El exceso de peso (sobrepeso más obesidad) también desciende del 38,6% al 32,3%.

Comparación del sobrepeso y la obesidad en población de 2 a 15 años con mediciones antropométricas. Encuestas Andaluzas de Salud 2011 y 2016.



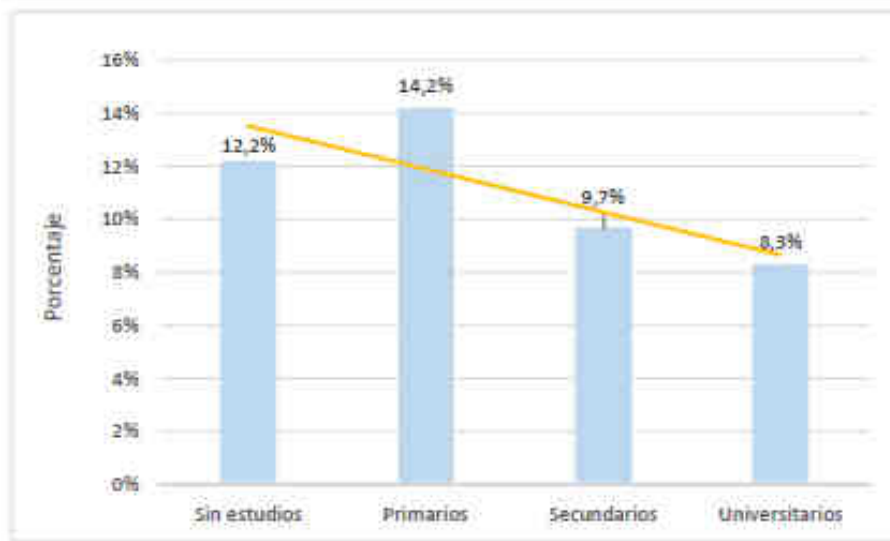
Fuente: EAS 2011-16. Elaboración PIOBIN.

• DESIGUALDADES SOCIALES EN LA OBESIDAD INFANTO-JUVENIL:

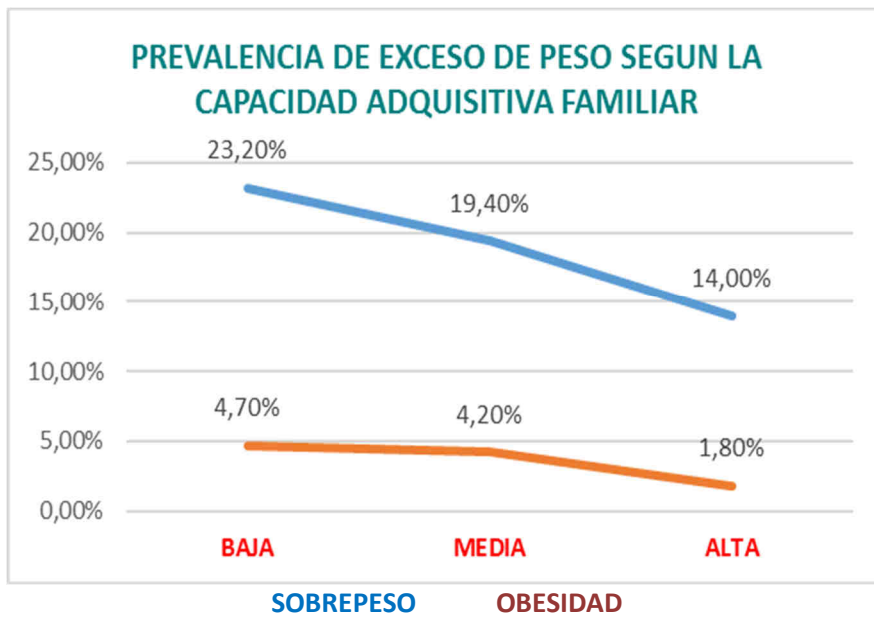
Las desigualdades sociales influyen muchísimo en la epidemia de la obesidad infantil, es mucho mayor en los grupos sociales desfavorecidos y, también, en los menores con problemas de discapacidad.

Las cifras de obesidad dependen del **nivel socioeconómico de los padres: peores a menor nivel**. Por ejemplo, en la relación con el nivel de estudios de estos ocurre que los hijos/as de padres con estudios universitarios presentan las tasas más bajas de obesidad y, también se aprecia, con la capacidad adquisitiva de los padres siendo que la prevalencia de los menores con capacidad adquisitiva baja son casi el doble de los de capacidad alta.

**Prevalencia de obesidad en población de 2-15 años según el nivel de estudios de los padres.
Encuesta Andaluza de Salud 2016.**

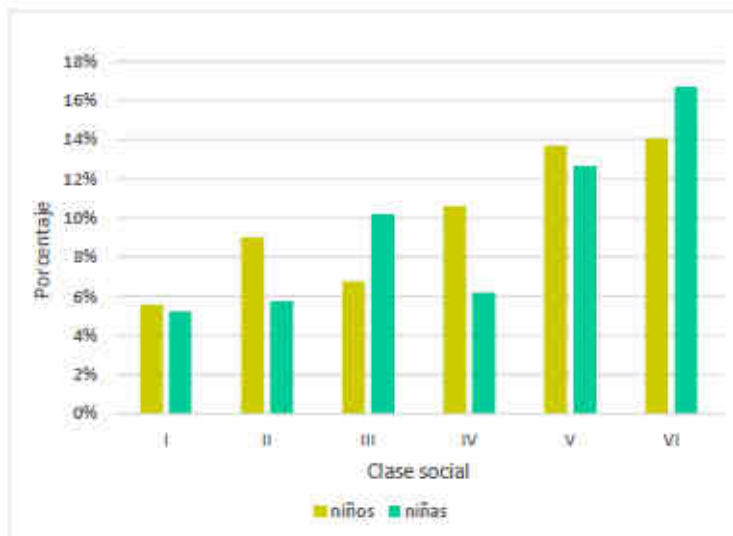


Fuente: EAS 2016. Elaboración PIOBIN



HBSC Andalucía 2018. ELABORACIÓN PROPIA (Área de Educación para la Salud. UGC PPV. DAP COSTA DEL SOL)

Obesidad según sexo y clase social (ocupación de la persona de referencia). Población 2-17 años.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2017. ELABORA: PIOBIN

B. ESTILOS DE VIDA. DETERMINANTES DE SALUD

Si en las últimas décadas se ha casi triplicado las tasas de obesidad en países desarrollados es por los cambios en los patrones de estilos de vida, hay un cambio en el balance energético (comemos más de lo que gastamos): ha disminuido la actividad física, ha aumentado el sedentarismo y hay un consumo excesivo de calorías y por ello aumenta constantemente la obesidad en niños, jóvenes y adultos.

En la alimentación hay abandono de la tradicional dieta mediterránea y del consumo de agua del grifo que se ha sustituido por otro en el que predomina un **abundante consumo de comidas y bebidas ultraprocesadas muy energéticas y con alto contenido en azúcares y/o grasas en combinación con una escasa ingesta de frutas, verduras y legumbres**. Por otro lado, el **estilo de vida actual, muy sedentario** debido a los cambios tecnológicos, en los transportes, en el patrón de ocio –centrado en las pantallas- y con escasa realización de actividad y ejercicio físico, influye en el desarrollo de este importante problema de salud.

Detrás de estos condicionantes se encuentran también las desigualdades sociales, fundamentalmente el estatus socioeconómico de la población.

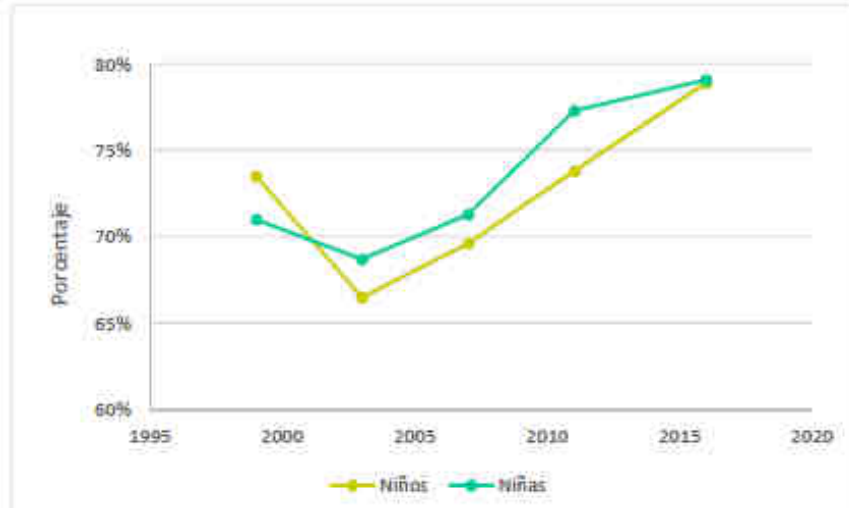
El estatus socioeconómico se asocia a la obesidad infantil de forma inversa (menor nivel, más obesidad). La crisis financiera de 2007, que afectó principalmente algunos países del sur de Europa (entre ellos España) puede haber contribuido al mantenimiento de la epidemia ya que aumentó la proporción de niños y niñas en situación de riesgo de pobreza. Por otro lado, la crisis también afectó a los servicios públicos y a su papel en la prevención de la obesidad.

• ALIMENTACIÓN

➤ CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS ENTRE LA POBLACIÓN INFANTIL

El consumo frecuente de frutas y verduras se considera un factor que ayuda a mantener un peso saludable. Los datos de las sucesivas encuestas andaluzas de salud muestran un incremento en el consumo de fruta o verdura por parte de los menores “al menos, 5 veces por semana”.

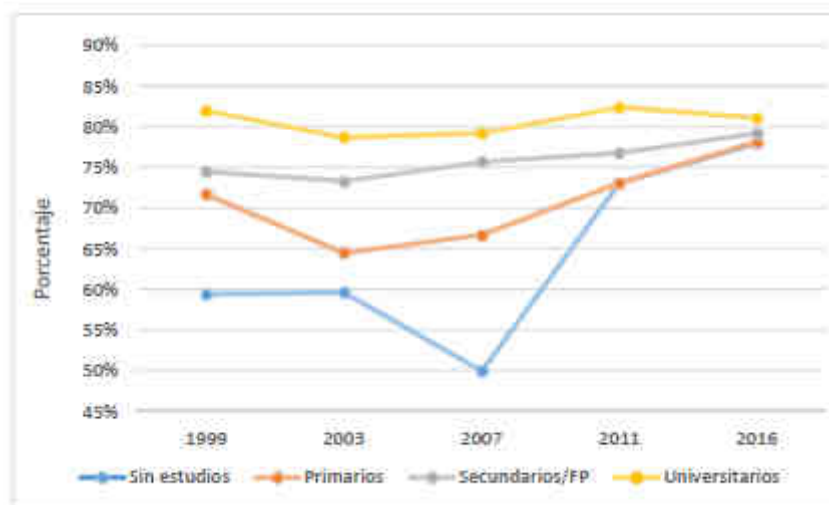
Consumo de fruta o verdura “al menos, 5 veces a la semana” por sexo en población de 2 a 17 años.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011, 2016. Elabora PIOBIN

En cuanto al nivel de estudios de los progenitores, los hijos de padres con estudios universitarios continúan teniendo el valor más alto de consumo, pero los hijos/as de progenitores sin estudios han sido los que han evolucionado más favorablemente, siendo un 78% de estos menores en 2016, lo que indica que, en lo que se refiere al consumo de frutas y verduras, está disminuyendo la brecha existente entre los hijos e hijas de los diferentes grupos sociales.

Evolución del consumo de fruta o verdura “al menos, 5 veces a la semana” según el nivel de estudios de los progenitores en población de 2 a 17 años. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011, 2016. Elabora PIOBIN

La evolución desde 1999 hasta 2015 muestra que, en la población infantil andaluza, tanto para los niños como para las niñas, el consumo de fruta a diario se fue elevando hasta 2015-2016. El consumo de verdura y leche fue ligeramente superior, mientras que descendió el consumo de lácteos.

Málaga consumen cada vez más fruta. Consumo diario: Frutas 56.4% y verduras 21.5%

En el año 2015-2016 la población infantil andaluza consumió **diariamente** (Encuesta Andaluza Salud 2016):

- Fruta (53,3% niños y 52,9% niñas),
- Lácteos (62,1% niños y 56,3% niñas) y leche (2 vasos o tazas diarias el 54% los niños y 53,2% las niñas).

- Verduras 3 a 4 veces a la semana (24,9% niños y 24,8 niñas)
- Carne o pescado (35,8% niños y 37,6% niñas).
- Huevo, con una frecuencia de 1 o 2 veces a la semana (36% niños y 34,6% niñas) o de 3 a 4 veces a la semana (35,4% niños y 36% niñas).

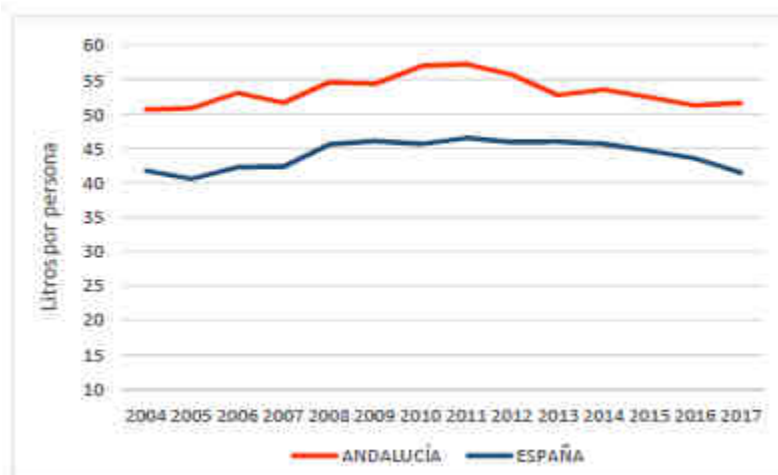
FUENTE: EAS 2016- ELABORACIÓN PROPIA (Educación para la Salud. UGC PPV. DAP Costa del Sol)

➤ CONSUMO DE REFRESCOS EN ANDALUCÍA

En 2017 se consumieron, según información del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, en los hogares de Andalucía 51,63 litros de gaseosas y bebidas refrescantes por persona y año (media de consumo en España de 41,53 litros por persona). El dato corresponde a la población general, pero es significativo porque los refrescos son muy populares entre niños y adolescentes. Hay que tener en cuenta que, según este Ministerio que el 82.3% de los refrescos se consumen en el hogar y el 17.7% fuera del hogar.

Este consumo, más elevado en Andalucía que en España, se viene manteniendo a lo largo de toda la serie como puede observarse en el siguiente gráfico.

Consumo de gaseosas y bebidas refrescantes en Andalucía y en España. Consumo per cápita en los hogares en litros por persona y año, 2004-17.



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. 2018. Elabora PIOBIN

Por otro lado, la ENSE de 2017 también indica que el porcentaje de población de más de 1 año de Andalucía que consume refrescos con azúcar a diario es del 17,08%, el doble que el encontrado en España (9,13%).

Hay un elevado consumo de refrescos azucarados en la población infantojuvenil de Andalucía.

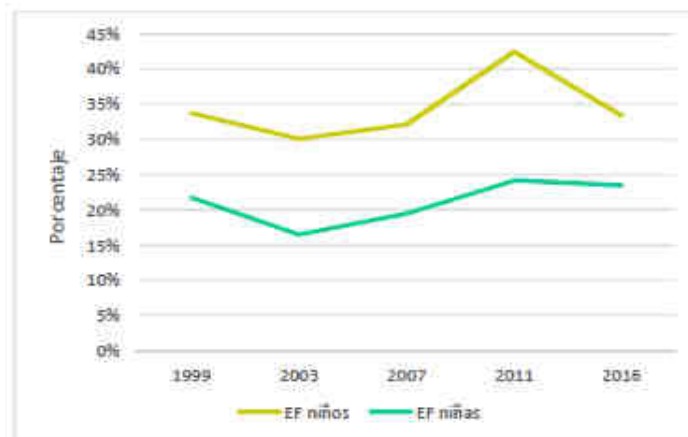
• EJERCICIO FÍSICO EN LOS MENORES DE ANDALUCÍA

La práctica de ejercicio de forma regular es un factor protector frente al exceso de peso, además de tener otros importantes beneficios para la salud y el rendimiento escolar de la población infantil.

El porcentaje de niños y niñas que realizan ejercicio físico regular o varias veces a la semana es bajo. Entre niños y niñas la tendencia es desfavorable y en 2016 destaca además la **brecha mantenida mostrando como las niñas realizan siempre menos ejercicio físico que los niños.**

Hay una clara diferencia de género en la práctica del ejercicio físico.

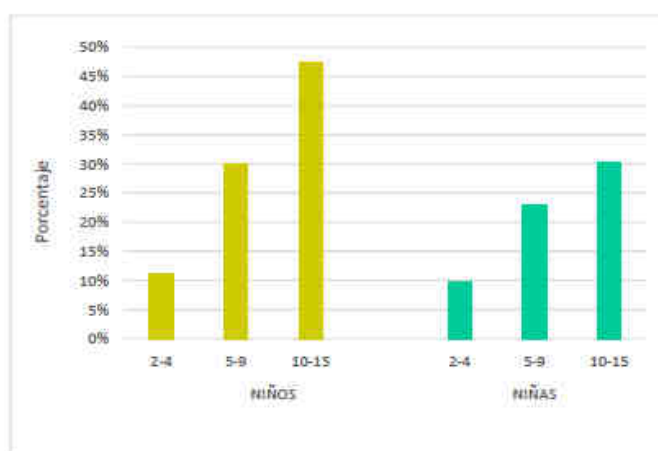
Evolución de la población de 2 a 15 años de Andalucía que realiza ejercicio físico “regularmente o varias veces a la semana”. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011 y 2016. Elabora PIOBIN

La actividad física va aumentando con la edad tanto en niños como en niñas. El grupo poblacional que presenta mayor nivel de actividad es el de los niños de 10 a 15 años.

Actividad física por grupos de edad y sexo. Encuesta Andaluza de Salud 2016

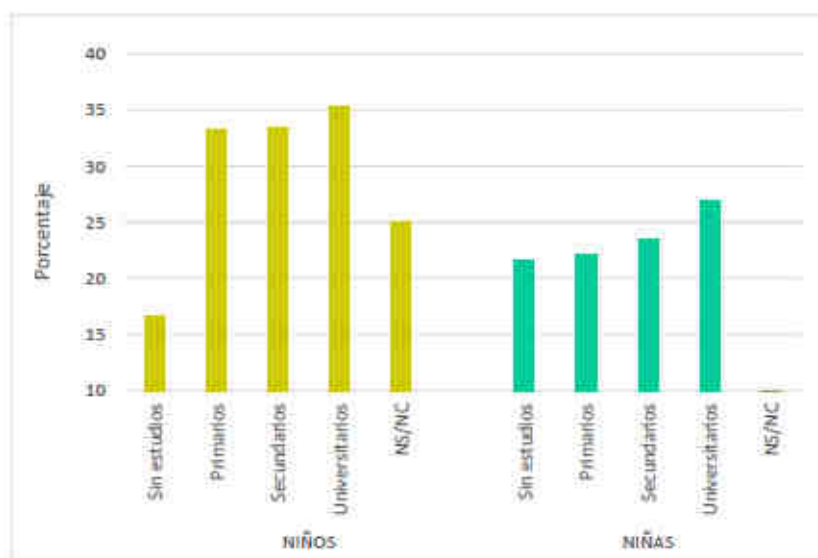


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016. Elabora PIOBIN

La actividad física, además, se ve influenciada por el nivel educativo de los padres, sobre todo en el caso de las niñas. Así se observa que las niñas, hijas de padres con menor nivel educativo tienen niveles bajos de ejercicio físico.

La **brecha de género** en la práctica de actividad física se constata también, a nivel nacional. Por ejemplo, en la ENSE 2011/12 que aporta datos sobre población de 5 a 14 años, el 63,7% de los niños practican actividad física regular en el tiempo libre mientras que el porcentaje entre las niñas es del 46,9%. Estas diferencias entre niños y niñas se amplifican cuando disminuye el nivel de estudios de las madres.

Actividad física “regular o varias veces a la semana” en niños y niñas de Andalucía (2-15 años) según el nivel educativo de los padres. Encuesta Andaluza de Salud 2016.

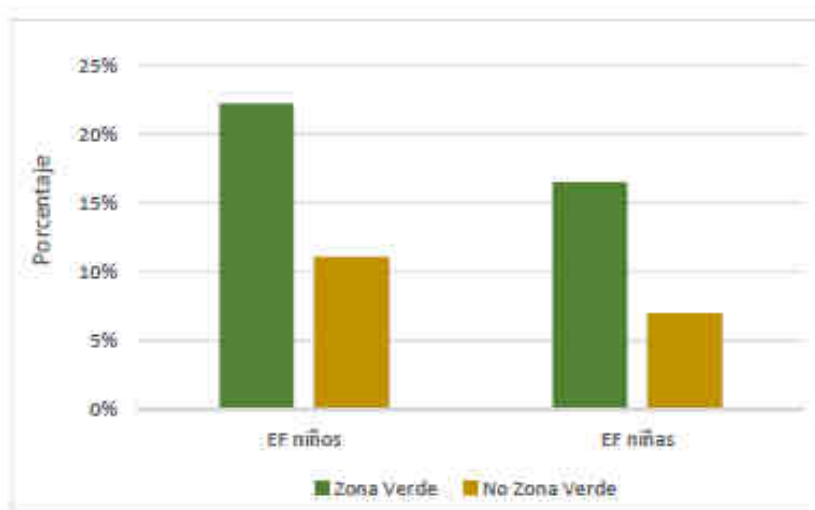


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016. Elabora PIOBIN

Hay que destacar una evidencia en cuanto a que **las características del entorno en el que habitan las familias influyen** en favorecer o no la práctica de ejercicio físico. Los datos de la EAS 2016 indican que la existencia de zonas verdes en las proximidades de los domicilios promueve la práctica de ejercicio físico entre los menores, mientras que la percepción de las familias sobre la inseguridad en su barrio la dificulta. Estos datos son independientes del nivel de estudios de los padres.

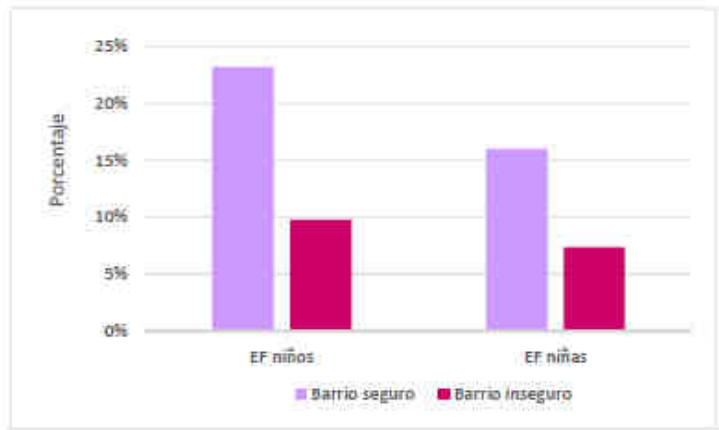
Esto se suma a lo indicado con anterioridad sobre el menor porcentaje de niñas que practican ejercicio físico cuando viven en un entorno con pocas zonas verdes y/o percibido como inseguro por sus padres.

Porcentaje de población de 2 a 15 años por sexo que realiza ejercicio físico “regular o varias veces a la semana” y existencia de zonas verdes en el barrio. Encuesta Andaluza de Salud 2016



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016. Elabora PIOBIN

Porcentaje de población de 2 a 15 años por sexo que realiza ejercicio físico “regular o varias veces a la semana” y percepción de los padres sobre la seguridad en el barrio. Encuesta Andaluza de Salud 2016



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016. Elabora PIOBIN

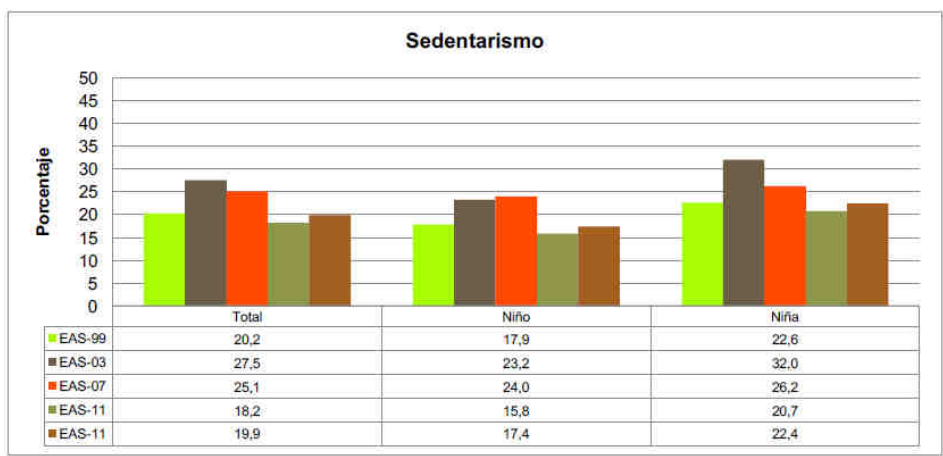
• SEDENTARISMO:

Según la Encuesta Andaluza del 2016 el 19,9% de la población menor de 16 años no realizó actividad física alguna: el mayor porcentaje en las niñas, con un 22,4% (los niños con un 17,4%). Según aumentaba la edad de la población disminuía el sedentarismo: un 60,1% para el grupo de 0 a 2 años y un 8,1% para el grupo de 8 a 15 años.

Málaga tiene una tasa de sedentarismo con un 21,5%.

A medida que el nivel de estudios y la clase social de los padres son más elevados los menores realizaban actividad física en un menor porcentaje.

Porcentaje de menores sedentarios por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016. Elabora PIOBIN

A modo de resumen se muestran resultados del Estudio en Andalucía sobre conductas escolares de menores escolarizados de 11 a 18 años, realizado en 2018 (Health Behaviour in School-aged Children-HBSC-2018) en relación a alimentación y ejercicio físico:

		CONSUMO ALIMENTOS						EJERCICIO FISICO	
		DESAYUNO DIARIO (ENTRE SEMANA)	FRUTAS DIARIO	VERDURAS DIARIO	DULCES DIARIO	BEBIDAS ENERGÉTICAS (>1/SEMANA)	BEBIDAS O REFRESCOS CON AZÚCAR DIARIO	60 MIN/DÍA	ACT. FISICA INTENSA EN TIEMPO LIBRE
GLOBAL		61,8%	32,4%	25,4%	19,5%	20,1%	22,7%	20,3%	14,2%
SEXO	CHICOS	65,3%	30,8%	23,3%	17,1%	26,2%	26,4%	26,6%	18,9%
	CHICAS	58,4%	33,9%	27,5%	21,9%	14,3%	19,2%	13,9%	9,4%
CAPACIDAD ADQUISITIVA FAMILIAR	BAJA	54,1%	22,0%	19,3%	25,9%	20,7%	31,1%	16,5%	11,6%
	MEDIA	58,0%	31,4%	25,0%	16,6%	19,1%	20,3%	18,6%	13,7%
	ALTA	68,0%	53,2%	31,7%	15,2%	17,2%	13,8%	23,8%	15,9%

FUENTE: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2018) Andalucía. ELABORACIÓN PROPIA (Área de Educación para la Salud. UGC PPV. DAP COSTA DEL SOL)

Como perfil resumen y comparando estos datos con las recomendaciones internacionales saludables podemos concluir que tenemos:

bajo consumo diario de frutas y verduras al igual que bajo porcentaje de desayuno diario y muy baja práctica de ejercicio físico y
alto consumo de dulces, bebidas energéticas y azucaradas a diario.

Y en cuanto a desigualdades sociales en salud, de nuevo se constata que los escolares pertenecientes a familias con menor capacidad adquisitiva tienen un perfil mucho más obesogénico:

ESCOLARES CON MENOR CAPACIDAD ADQUISITIVA:
MENOR PORCENTAJE CON DESAYUNO DIARIO
MENOR CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS DIARIAS
MENOR PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO
MAYOR CONSUMO DE DULCES, BEBIDAS ENERGÉTICAS Y AZUCARADAS A DIARIO

• OTROS FACTORES RELACIONADOS CON EL EXCESO DE PESO:

➤ OBESIDAD EN LA GESTACIÓN

El exceso de peso en el embarazo afecta negativamente en la salud de la madre y de sus hijos y se mantiene en su desarrollo condicionando las respuestas de los niños al ambiente obesogénico que les rodea (PIOBIN, Informe 2020. Consejería de Salud. Andalucía):

En 2018 el exceso de peso entre gestantes visitadas en los servicios de atención primaria de salud de Andalucía fue del 44,50 % (27,31 % con sobrepeso y 17,19% con obesidad) según los datos recogidos en la primera consulta de seguimiento del embarazo en APS (Historia Digital de Andalucía).

Situación del IMC en la primera visita de seguimiento del embarazo de las gestantes atendidas en Atención Primaria de Salud. Andalucía 2018



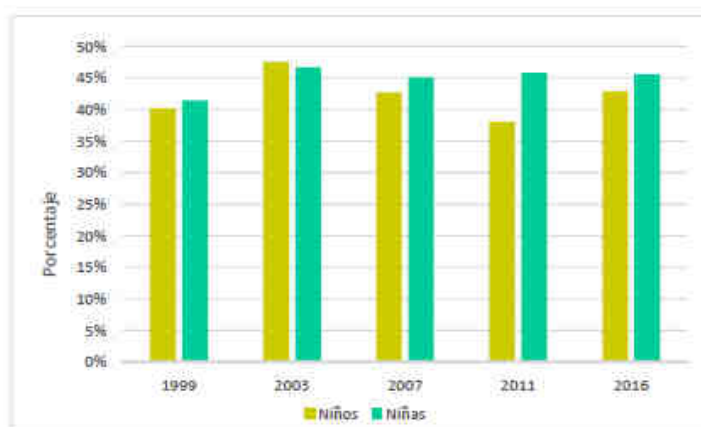
Fuente: Historia de Salud Digital de Andalucía. Diraya. Elabora PIOBIN

➤ LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna protege del exceso de peso en la infancia y ayuda a las madres a recuperar el peso en el puerperio.

Hay una evolución bastante estable de la **lactancia materna exclusiva** durante los tres primeros meses de vida, cerca del 45% de los bebés que en el momento de la encuesta tenían entre 1 y 5 años se alimentaron exclusivamente al pecho.

Lactancia materna exclusiva a los 3 meses de edad. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016



Fuente: Encuestas de Salud de Andalucía 1999-2016. Elabora PIOBIN

CONCLUSIÓN:

“Entre las causas del aumento de la obesidad se encuentra el inexorable cambio en el balance energético durante los últimos veinte años. Una combinación de la disminución de la actividad física, el aumento del

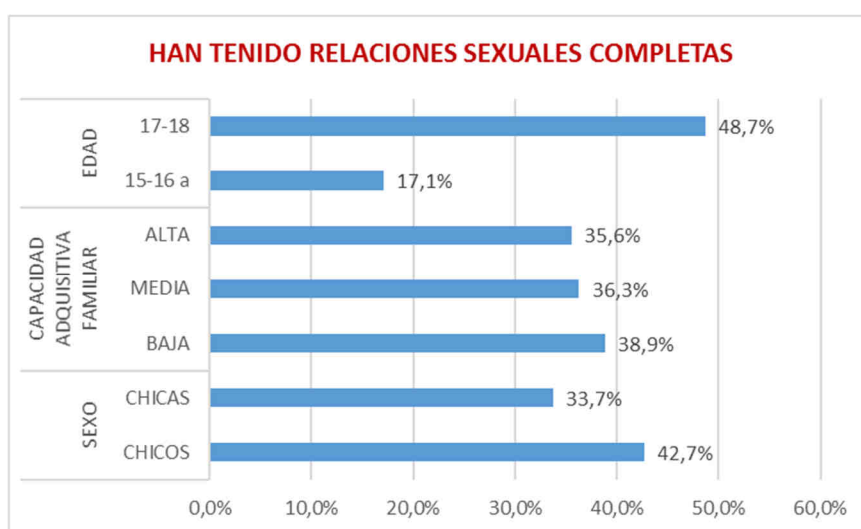
sedentarismo y del consumo excesivo de calorías que ha dado como resultado un aumento incesante de las tasas de obesidad en la infancia, en la adolescencia y en la etapa adulta” (PIOBIN).

C. CONDUCTA SEXUAL EN ADOLESCENTES

En Estudio sobre Conductas Escolares de Menores Escolarizados de 11 a 18 años, realizado en 2018 (Health Behaviour in School-aged Children-HBSC-2018) referido específicamente a Andalucía para obtener información sobre las Conductas Sexuales de nuestros menores.

En cada gráfica se expone conjuntamente los datos referidos a edad, sexo y capacidad adquisitiva familiar para poder identificar prioridades.

El 37,9% de los menores de 15 a 18 años había tenido relaciones sexuales completas siendo más frecuente en chicos que en chicas. Los menores de 15 años encuestados dicen no haber tenido relaciones. Más frecuente en menores pertenecientes a familias de capacidad adquisitiva baja, aunque no con mucha diferencia.

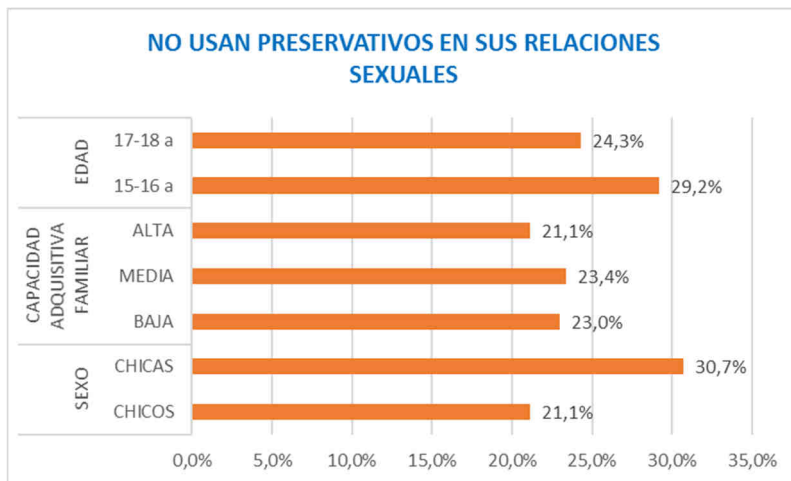


EDAD DE INICIO A RELACIONES SEXUALES COMPLETAS

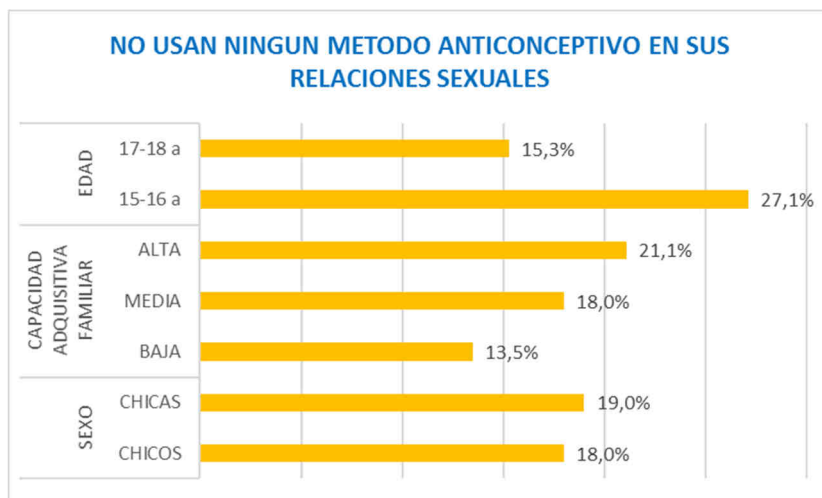
		Total	11 años o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Total		486	2,1%	0,8%	6,1%	18,8%	23,5%	31,3%	14,0%	3,4%
Sexo	Chico	256	4,0%	1,6%	5,6%	19,2%	22,5%	30,5%	12,2%	4,4%
	Chica	230	0,0%	0,0%	6,6%	18,5%	24,7%	32,1%	15,9%	2,1%
Grupo de edad	11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-16 años	124	4,3%	3,2%	12,8%	39,9%	30,3%	9,6%	0,0%	0,0%
	17-18 años	361	1,4%	0,0%	3,8%	11,6%	21,2%	38,8%	18,8%	4,5%
Grupo de edad por sexo	Chico 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 15-16 años	69	7,6%	5,7%	11,4%	38,1%	25,7%	11,4%	0,0%	0,0%
	Chico 17-18 años	186	2,6%	0,0%	3,5%	12,1%	21,3%	37,6%	16,8%	6,1%
	Chica 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 15-16 años	55	0,0%	0,0%	14,5%	42,2%	36,2%	7,2%	0,0%	0,0%
	Chica 17-18 años	175	0,0%	0,0%	4,2%	11,0%	21,1%	40,0%	20,9%	2,8%
Capacidad Adquisitiva Familiar	Baja	105	1,3%	1,3%	9,1%	30,2%	17,9%	29,4%	7,8%	3,1%
	Media	190	0,9%	0,7%	4,9%	11,9%	27,1%	37,6%	14,9%	2,1%
	Alta	93	2,9%	0,0%	1,7%	17,6%	29,8%	28,2%	14,5%	5,3%

El 27.8% tiene sus primeras relaciones sexuales completas con 14 años o menos, los chicos se inician a edades menores (las chicas dicen que con 13 años o más) y también en pertenecientes a familias de menor capacidad adquisitiva es mucho más frecuente iniciarse a menor edad, un 41.4% de estos se inicia con 14 años o menos.

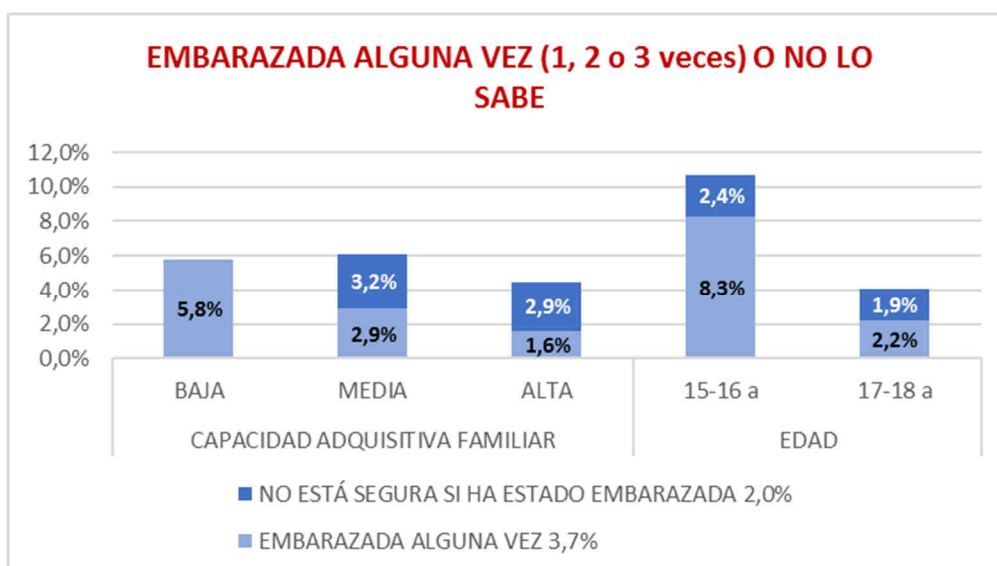
Para conocer el uso del preservativo, el estudio pregunta si se han usado en la última relación siendo que el 25.6% no usaron y menor uso a menor edad y las chicas.



El 18.4% no usa ningún método anticonceptivo, siendo mucho menos frecuente usarlo a menor edad, las chicas y mayor nivel económico.



El 3.7% de las chicas dicen haber estado embarazada alguna vez, siendo bastante más frecuente en el grupo de 15-16 años y muy alarmante en el de menor capacidad adquisitiva.



Comparando con España, en Andalucía es un poco mayor el porcentaje de menores de 15 a 18 años que han tenido relaciones sexuales completas, menor el uso del preservativo y mucho mayor el embarazo en niñas de 15-16 años; se usa mucho menos la píldora del día después y mucho menos en el grupo de baja capacidad adquisitiva.

ANDALUCIA	%	REL. SEXUALES COMPLETAS	NO USAN PRESERVATIVOS	NO USA NINGUN METODO	EMBARAZADA ALGUNA VEZ	NO ESTÁ SEGURA SI HA ESTADO EMBARAZADA	USO PILDORA DÍA DESPUÉS
GLOBAL		37,9%	25,6%	18,4%	3,7%	2,0%	27,9%
SEXO	CHICOS	42,7%	21,1%	18,0%			
	CHICAS	33,7%	30,7%	19,0%	3,7%	2,0%	27,9%
CAPACIDAD ADQUISITIVA FAMILIAR	BAJA	38,9%	23,0%	13,5%	5,8%	0,0%	17,1%
	MEDIA	36,3%	23,4%	18,0%	2,9%	3,2%	29,8%
	ALTA	35,6%	21,1%	21,1%	1,6%	2,9%	24,3%
EDAD	15-16 a	17,1%	29,2%	27,1%	8,3%	2,4%	28,6%
	17-18 a	48,7%	24,3%	15,3%	2,2%	1,9%	27,7%

ESPAÑA	%	REL. SEXUALES COMPLETAS	NO USAN PRESERVATIVOS	EMBARAZADA ALGUNA VEZ	USO PILDORA DÍA DESPUÉS
GLOBAL		35.1	24.6	3.6	31.7
SEXO	CHICOS	36.6	20.5		
	CHICAS	33.6	28.8		
CAPACIDAD ADQUISITIVA FAMILIAR	BAJA	37.8	29.4	4.4	28.1
	MEDIA	33.7	22.6	3.2	32.1
	ALTA	32.8	21.7	1.6	29.8
EDAD	15-16 a	20.0	20.8	4.8	25.7
	17-18 a	48.3	25.9	3.3	33.7

D. PROGRAMAS Y ACTIVIDADES REALIZADOS DESDE EL SECTOR SALUD DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESDE LOS CENTROS DE SALUD DE ESTEPONA:

Tanto en el curso escolar 2020-2021 como en el actual 2021-2022, desde los centros de salud de Estepona y el Distrito Sanitario Costa del Sol se ha trabajado con el 100% de los centros educativos del municipio - públicos y privados - en la prevención de la COVID 19 y en la gestión de casos de enfermedad y contagios de los menores, sus familias y el profesorado. El trabajo y apoyo ha sido diario.

• PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE ESTEPONA:

Los Centros de Salud del municipio Estepona y La Lobilla trabajan desde hace años apoyando estos programas para la Innovación Educativa Hábitos de Vida Saludable (HHVS) de la Consejería de Educación y Deporte, donde realizan educación y promoción de salud para que el alumnado desarrolle competencias en la mejor elección de estilos de vida saludables.

Los programas son para la etapa de educación infantil y primaria, que es el “Creciendo en Salud” y para la etapa de enseñanza secundaria obligatoria el llamado “Forma Joven”.

Estos programas son ofrecidos a todos los centros públicos y ellos eligen su adscripción en cada curso académico y qué áreas temáticas les interesa desarrollar, según las necesidades detectadas. Las temáticas que puede elegir son:

CRECIENDO EN SALUD: el bienestar emocional, estilos de vida saludables (la alimentación y la actividad física, los hábitos de higiene-autocuidados y el autocuidado y la accidentabilidad, la educación vial, el uso responsable de las tecnologías, o la prevención del consumo de sustancias adictivas.

FORMA JOVEN: el bienestar emocional, Estilos de vida saludable (la alimentación y la actividad física y la seguridad vial), sexualidad y relaciones igualitarias, el uso responsable de las tecnologías o la prevención del consumo de sustancias adictivas.

➤ PROGRAMA “CRECIENDO EN SALUD” CON EL DESARROLLO DE LA LINEA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:

Desde hace años se desarrollan el programa y los sanitarios de los centros de salud apoyan a los centros escolares dando talleres a menores y familias y realizando actividades comunitarias que fomenten los objetivos.

En el curso académico 2021-2022 desarrollan el programa 9 de los 12 centros educativos del municipio, lo que supone el 75% del total de centros con una cobertura de 3.877 alumnos y alumnas y 212 profesores/as.

Vamos a referirnos a la alimentación y actividad física, aunque la prevención y autocuidados con la Covid 19 continúa en el 100% los centros educativos de Estepona.

PROGRAMA EDUCATIVO	CENTROS EXISTENTES	CENTROS INSCRITOS 2021-2022	COBERTURA CENTROS EDUCATIVOS %	ALUMNADO ADSCRITO	PROFESORADO ADSCRITO
CRECIENDO EN SALUD	12	9	75,0	3.877	212
"Línea de Estilos de vida saludable"		9	75,0	3.877	212
Plan de Consumo de Fruta		8	66,7	3.435	190
Huerto Escolar Ecológico		4	33,3	3.435	190
DESAYUNO SALUDABLE		9	75	3.877	212

FUENTE: Portal “Hábitos de Vida Saludable”. Consejería Educación y Deporte. ELABORACIÓN PROPIA (Área de Educación para la Salud. UGC PPV. DAP COSTA DEL SOL)

Este programa, en esta área temática, lleva otros incluidos que son:

El **PLAN ESCOLAR DE CONSUMO DE FRUTAS Y HORTALIZAS** es un proyecto integral de distribución de frutas y hortalizas en centros docentes de Andalucía, impulsado por la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible con la ayuda financiera de la Comunidad Europea y en colaboración con la Consejería de Educación y Deporte y la Consejería de Salud y Familias, con los objetivos de incrementar y consolidar el consumo de estos productos, así como promover hábitos alimentarios saludables entre los escolares. Aquí también está incluido el **HUERTO ESCOLAR ECOLÓGICO**.

DISTRIBUCIÓN DE ACEITE DE OLIVA VIRGEN EXTRA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD **DESAYUNO SALUDABLE** (DÍA DE ANDALUCÍA) Con motivo de la celebración del Día de Andalucía, es tradicional entre los centros de nuestra Comunidad Autónoma la organización de un “desayuno saludable” en el que suelen participar todos los sectores de la comunidad educativa, siendo de especial relevancia la colaboración e implicación de la familia. Para el desarrollo de esta actividad la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible colabora con los centros educativos participantes en Creciendo en Salud facilitando aceite de oliva virgen extra para fomentar nuestra dieta mediterránea.

Todos estos programas se interrelacionan y refuerzan en contenidos y mensajes, fomentando el hábito de alimentación saludable.

Los sanitarios de los Centros de Salud participan en el programa respondiendo a las necesidades que les plantean los colegios e impartiendo en ellos talleres de educación sanitaria grupal con profesores, alumnos y padres. En estos talleres participan pediatras, enfermeras, odontólogo, fisioterapeuta ...etc.

➤ PROGRAMA “**FORMA JOVEN**”

El trabajo diario de los sanitarios en la COVID 19 se desarrolla igual a lo anteriormente descrito en todos los centros de educación secundaria (públicos y privados) de Estepona.

En el curso académico 2021-22 el 100% de los Institutos de Secundaria se han inscrito al programa Forma Joven, eligiendo el 60% la línea de estilos de vida saludable con lo casi 1.600 alumnos y alumnas y en ella se trabaja la alimentación saludable y el ejercicio físico.

PROGRAMA EDUCATIVO	CENTROS EXISTENTES	CENTROS INSCRITOS 2021-2022	COBERTURA CENTROS EDUCATIVOS	ALUMNADO ADSCRITO	PROFESORADO ADSCRITO
FORMA JOVEN	5	5	100	3.391	106
"Línea de Estilos de vida saludable"		3	60	1.596	60
"Línea Sexualidad y Relaciones Igualitarias"		4	80	2.929	101
Línea "Prevención del Consumo de Alcohol, Tabaco, Cannabis y otras Drogas"		5	100	3.391	106
Uso Positivo de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación		3	60	1990	85

FUENTE: Portal “Hábitos de Vida Saludable”. Consejería Educación y Deporte. ELABORACIÓN PROPIA (Área de Educación para la Salud. UGC PPV. DAP COSTA DEL SOL)

En este programa los chicos y chicas tienen un espacio específico en su propio instituto para consultar sus dudas y/o problemas de salud que es atendido por sanitarios de su centro de salud. Esta consulta es semanal y se denomina “ASESORIA FORMA JOVEN”. Además, está la EDUCACIÓN GRUPAL en talleres que los sanitarios desarrollan con el alumnado sobre los temas de salud más prioritarios de abordar.

Todas las gráficas y tablas presentadas a continuación en el Forma Joven, tienen como FUENTE: Web Oficial del Programa FORMA JOVEN. Consejería Salud y Familias y son de ELABORACIÓN PROPIA (Área de Educación para la Salud. UGC PPV. DAP COSTA DEL SOL):

Este Programa es muy relevante ya que los adolescentes y jóvenes no suelen acudir a consultas en los centros de salud y al desplazarse los sanitarios a su entorno, en su instituto, facilita la accesibilidad de este grupo poblacional.

Lo más frecuente es que el 100% de los 5 institutos de Estepona soliciten el programa Forma Joven, incluyendo a una población de casi 4.000 chicos y chicas.

	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2020/22
Nº INSTITUTOS INSCRITOS EN EL FJ	5	4	5	3	5	5
COBERTURA DE INSTITUTOS DE ESTEPOÑA (%)	100	80	100	60	100	100

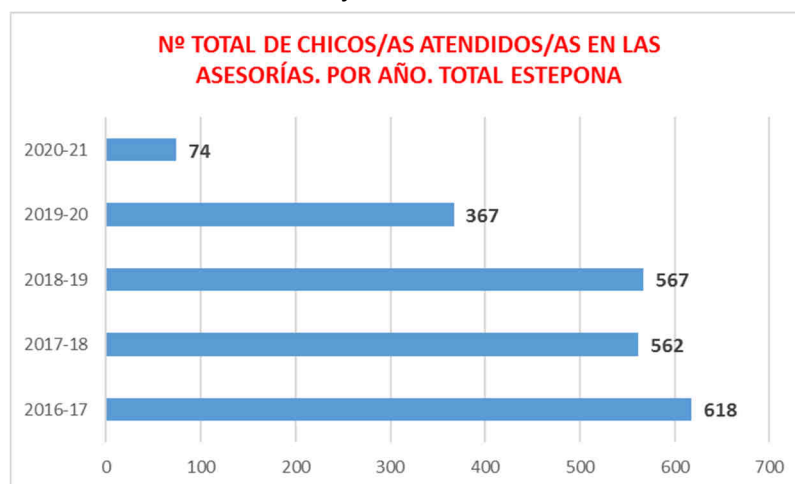


○ **ASESORÍA: CONSULTA INDIVIDUALIZADA EN EL INSTITUTO:**

Atendida por los sanitarios de los C. S. de Estepona y La Lobilla en los institutos que les corresponden.

Hay dos modalidades de trabajo en el Forma Joven, la “Asesoría” que es una consulta semanal de sanitarios en el instituto donde los jóvenes acuden a plantear necesidades y aclarar dudas. Los temas que consultan en este espacio es un reflejo de sus intereses ya que esas consultas son voluntarias, confidenciales y solicitadas por ellos.

Se hace un análisis desde el curso 2016-17 hasta junio de 2021 donde se atendieron a 2.200 menores.



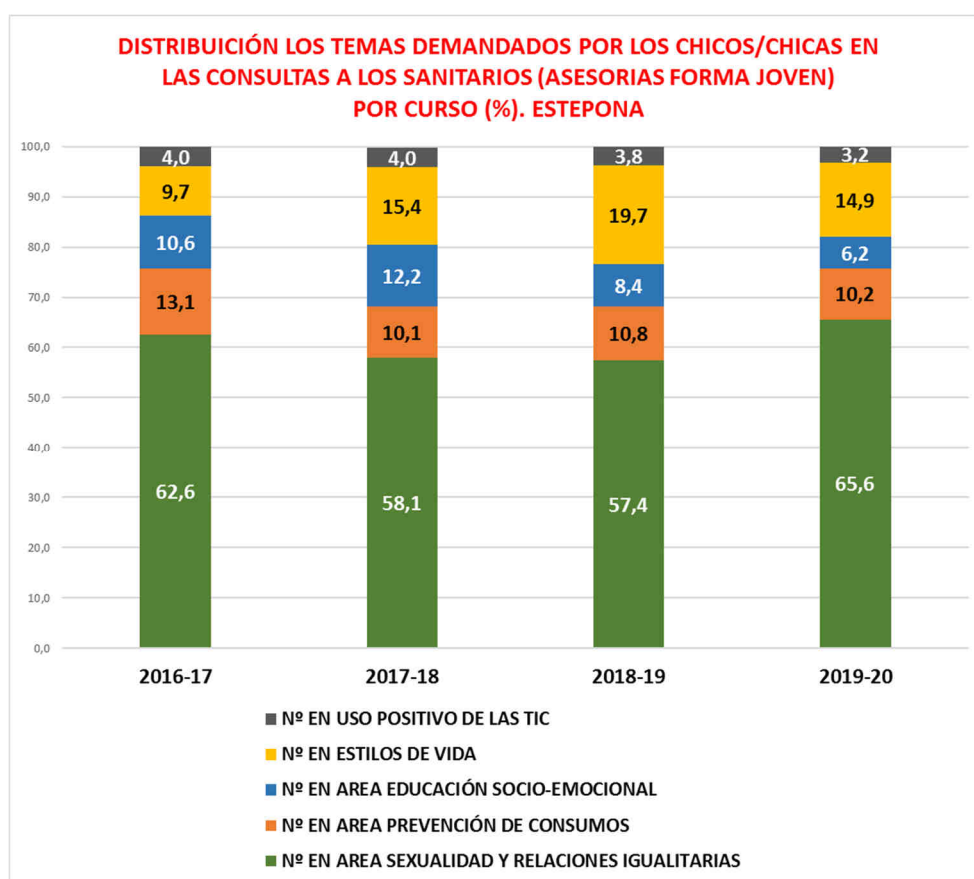
PÉRFIL DE LOS TEMAS DEMANDADOS POR LOS JÓVENES EN LAS ASESORIAS (INTERESES-NECESIDADES):

A lo largo de los últimos años una media del 60% de las consultas de los jóvenes de Estepona a sanitarios han sido en el tema de “Sexualidad y relaciones igualitarias” por lo que puede entenderse que es el tema que más

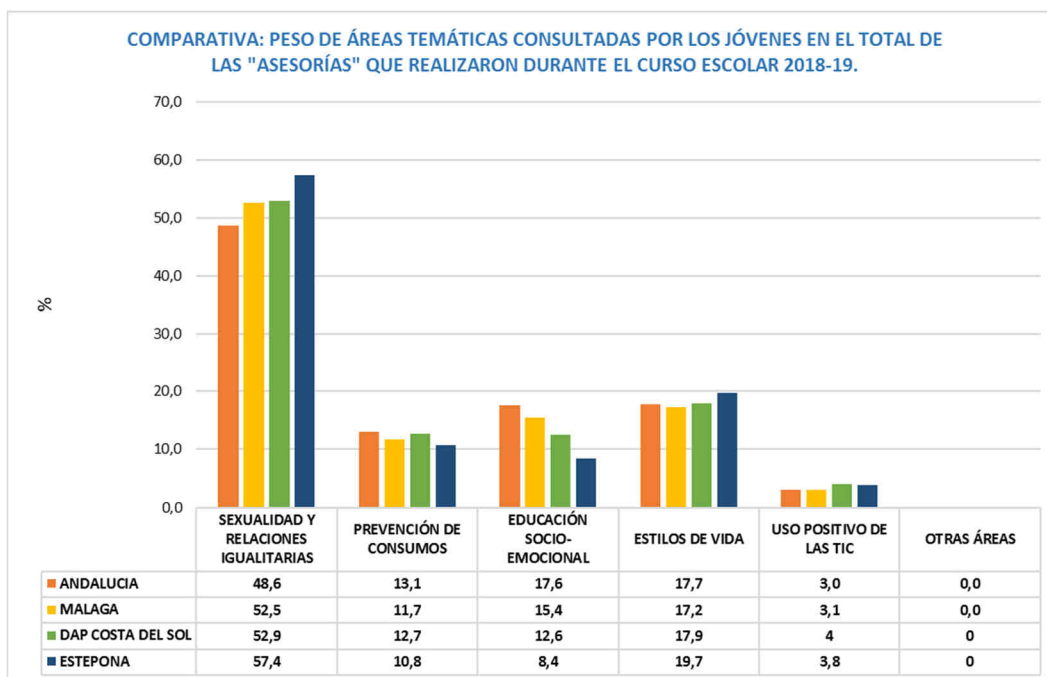
interesa. El 15% consultó en “Estilos de vida saludables (alimentación y ejercicio físico)”, seguidos de un 11.1% en prevención de adicciones. Se toma hasta el curso 2019-2020 porque en el curso 2020-21 hubo muy poca actividad debido a la pandemia Covid 19.

Menores atendidos según consultas realizada por área temática en la Asesoría Forma Joven en los cursos del 2016 al 2020. Total Institutos de Estepona.

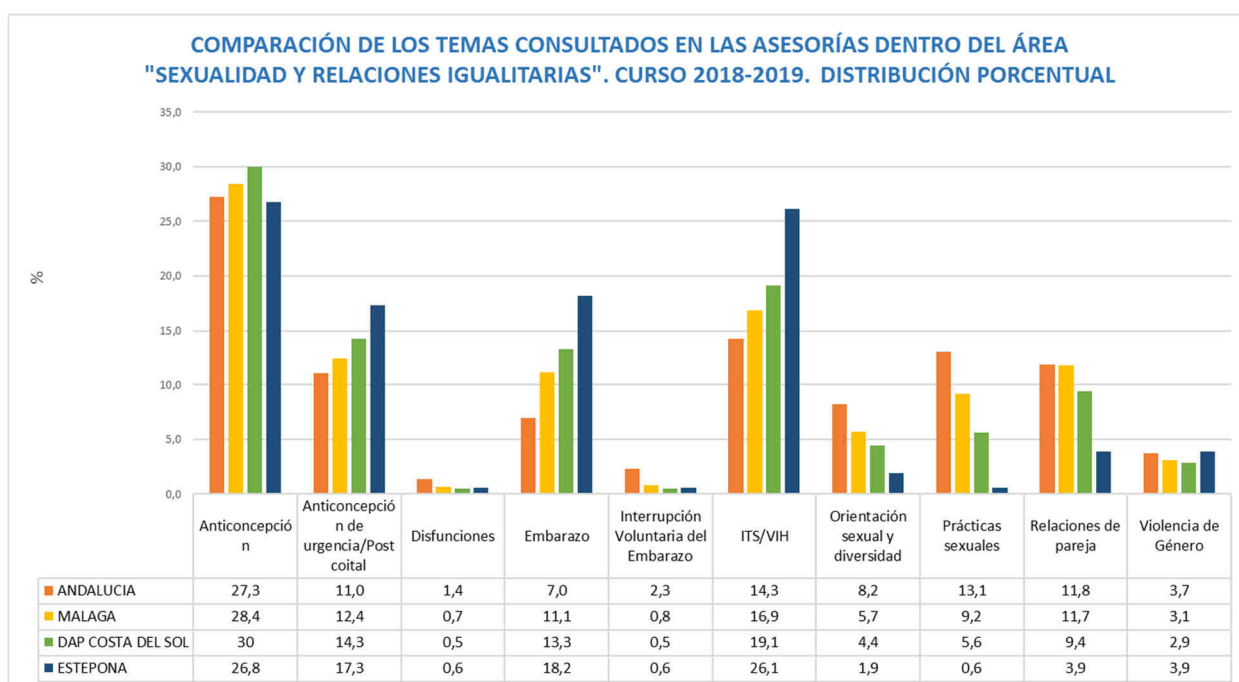
	Nº EN AREA SEXUALIDAD Y RELACIONES IGUALITARIAS	Nº EN AREA PREVENCIÓN DE CONSUMOS	Nº EN AREA EDUCACIÓN SOCIO-EMOCIONAL	Nº EN ESTILOS DE VIDA	Nº EN USO POSITIVO DE LAS TIC
Total atendidos	2.194	403	352	555	140
%	60,2	11,1	9,7	15,2	3,8



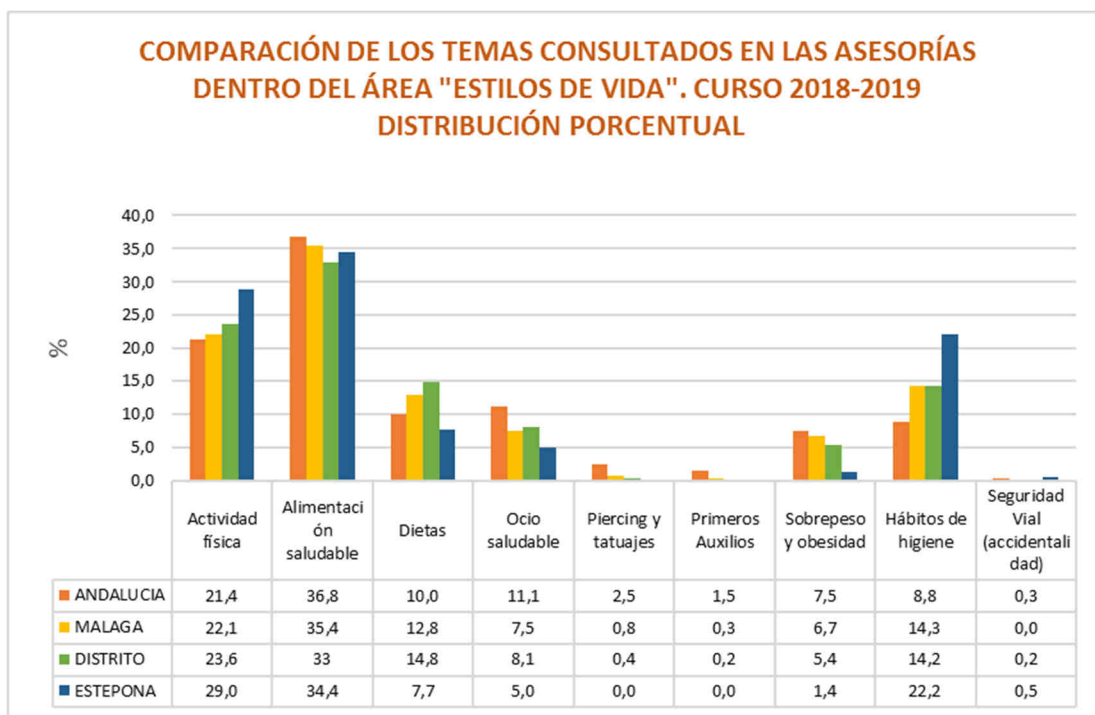
Comparando las consultas realizadas en el curso 2018-19 con Andalucía, provincia de Málaga y todo el Distrito Sanitario Costa del Sol, vemos que tiene un perfil parecido de consultas por tema, si bien en Sexualidad hay más interés en Estepona y Costa del Sol-Málaga. También “Estilos de Vida” preocupa más en Estepona y menos lo “Socio-emocional”.



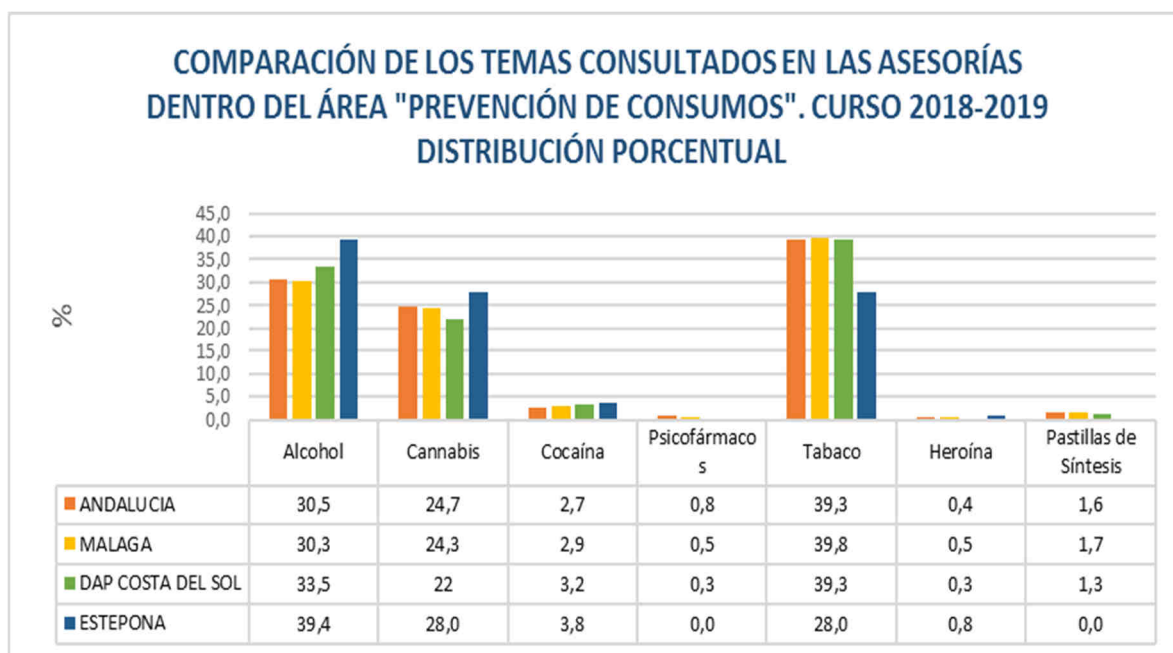
En Sexualidad lo que más interesan dentro de este tema en Estepona es: anticoncepción e ITS/VIH seguidas de embarazo y anticoncepción de urgencia. En ITS/VIH es bastante mayor el interés que en el entorno del Distrito Costa del Sol, Málaga y Andalucía que además van en ese orden de mayor a menor e igualmente ocurre con respecto a “Embarazo” y “Anticoncepción de urgencia”. En el resto de apartados se está bastante por debajo en Estepona, excepto en “Violencia de Género”.



En el tema de Estilos de Vida Saludables se tiene el mismo perfil de preferencias en Alimentación y Actividad Física que son las mayoritarias; en “Actividad Física” hay más consultas en Estepona que en los otros ámbitos, aunque en alimentación es menor, llamando la atención el escaso porcentaje de consultas sobre sobrepeso y obesidad comparadas con el resto:

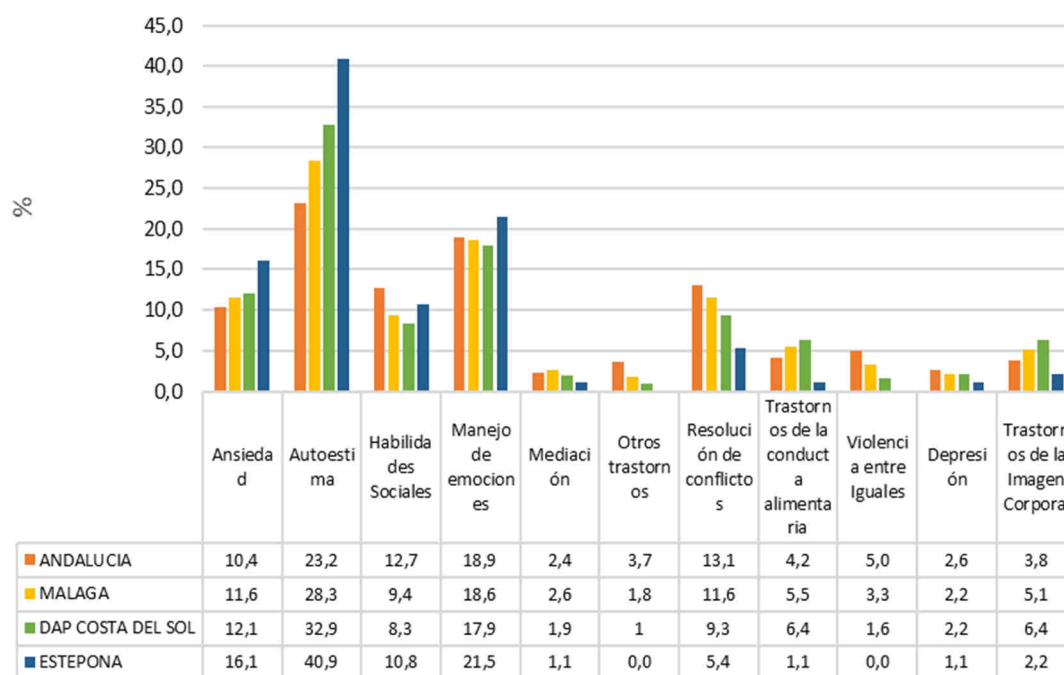


En relación a la “Prevención de Consumo de sustancias adictivas” la más demandada en Estepona es “Alcohol” cuando en el resto es “Tabaco” con un 285% igual que en “Cannabis”:



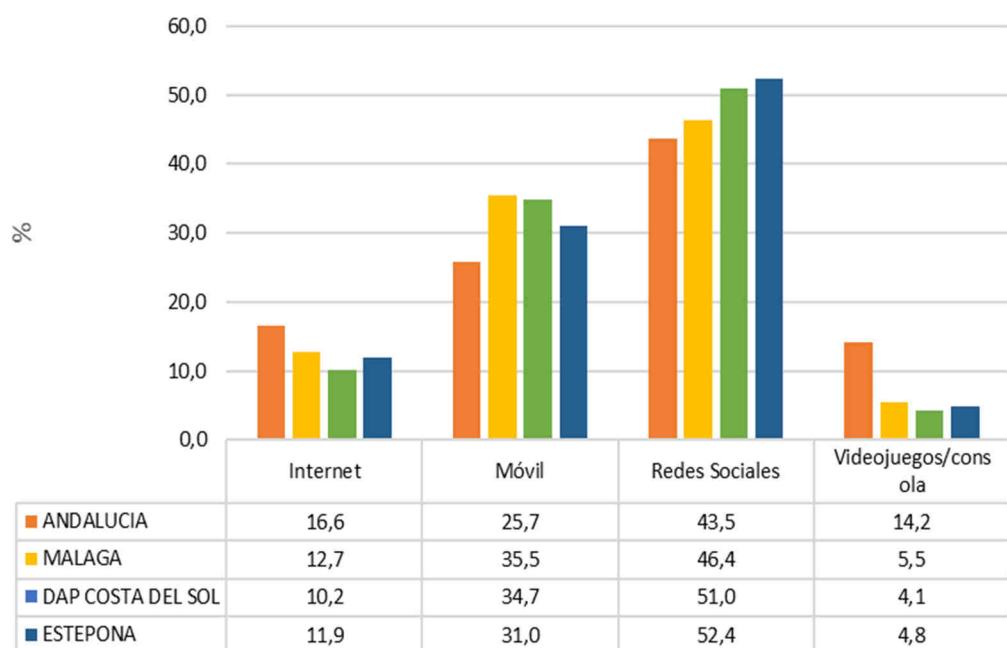
En Educación Emocional, lo más consultado en Estepona es “Autoestima” -también en el conjunto del Distrito Costa del Sol-; le sigue “manejo de emociones y ansiedad” aunque con mucho menos peso. Las consultas sobre “trastornos de la imagen corporal” están muy por debajo del resto:

**COMPARACIÓN DE LOS TEMAS CONSULTADOS EN LAS ASESORÍAS
DENTRO DEL ÁREA "EDUCACIÓN EMOCIONAL". CURSO 2018-2019.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL**



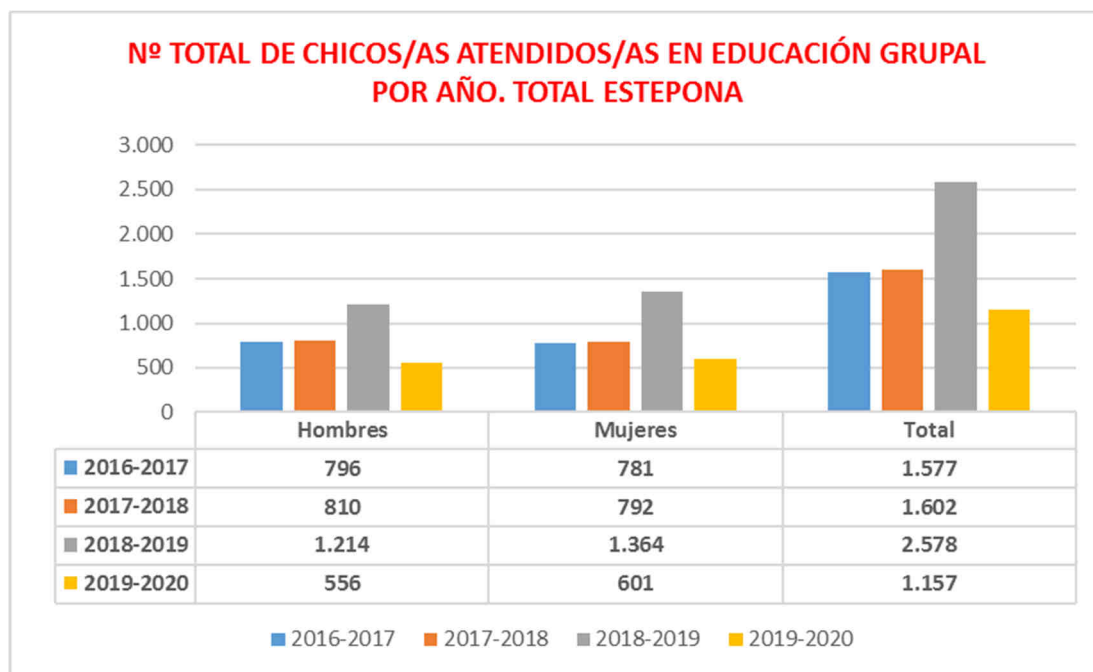
En relación al “Uso adecuado a las nuevas tecnologías de información y comunicación” lo que más se consulta (representa más del 50%) es sobre las redes sociales y después sobre el móvil. Esto coincide con el perfil de uso y consumo de los adolescentes y hay que prestar especial atención al aumento de adicciones a pantallas:

**COMPARACIÓN DE LOS TEMAS CONSULTADOS EN LAS ASESORÍAS
DENTRO DEL ÁREA "USO ADECUADO DE LAS TIC". CURSO 2018-2019.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL**



- **EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL EN FORMA JOVEN: TALLERES EN EL AULA** (Impartidos por los sanitarios de los C. s. de Estepona y La Lobilla en los institutos del municipio):

En cuanto a la educación para la salud realizada por los sanitarios a los chicos y chicas de los Institutos de Estepona en el programa Forma Joven en forma de talleres y otras actividades grupales, cabe reseñar que desde el curso 2016-17 y en sus tres siguientes años, casi 7.000 menores han recibido educación sanitaria.



En este período se han realizado casi 500 Talleres de sanitarios en los institutos del municipio.

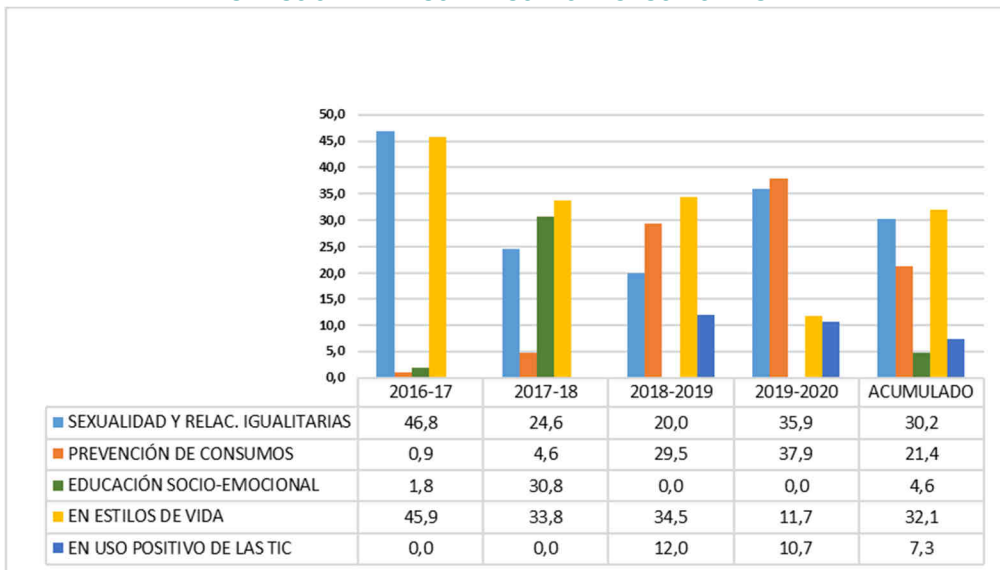
En el curso académico 2019-2020 baja el volumen de actividad debido a la pandemia y a la imposibilidad de realizar actividades grupales en los centros educativos.

PÉRFIL DE LOS TEMAS TRATADOS CON LOS JÓVENES EN LA EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL:

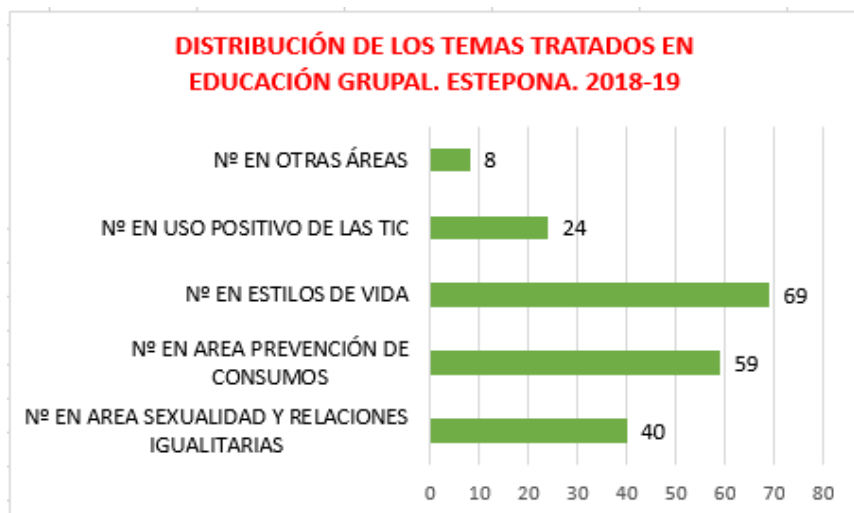
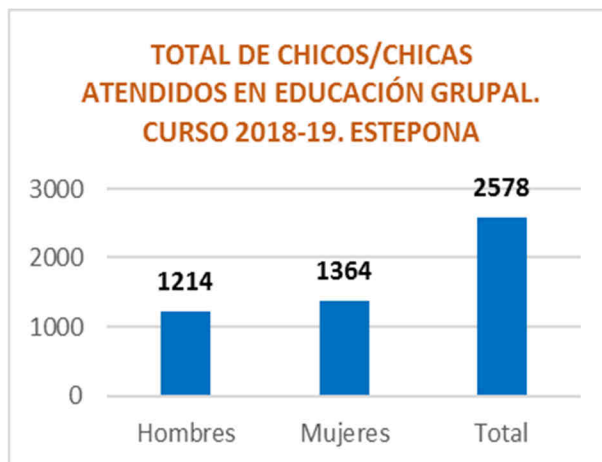
En Estepona siempre ha tenido un trabajo intenso de los sanitarios en la prevención de la obesidad y promoción de estilos de vida saludables y se refleja en esta gráfica donde todos los años es el de mayor peso muy a la par del tema sexualidad.

Nº TALLERES DE EDUCACIÓN SANITARIA POR TEMAS TRATADOS	AREA SEXUALIDAD Y RELACIONES IGUALITARIAS	AREA PREVENCIÓN DE CONSUMOS	AREA EDUCACIÓN SOCIO-EMOCIONAL	ÁREA ESTILOS DE VIDA	EN USO POSITIVO DE LAS TIC	EN OTRAS ÁREAS	total
2016-2017	51	1	2	50	0	5	109
2017-2018	16	3	20	22	0	4	65
2018-2019	40	59	0	69	24	8	200
2019-2020	37	39	0	12	11	4	103
ACUMULADO	144	102	22	153	35	21	477

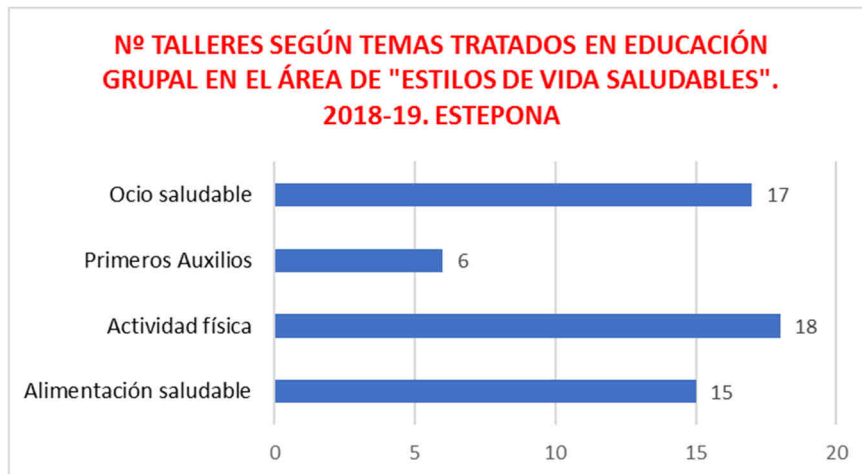
DISTRIBUCIÓN POR CURSO DE LOS TEMAS TRATADOS (%) EN LOS TALLERES DE EDUCACIÓN SANITARIA REALIZADOS POR LOS SANITARIOS EN LOS INSTITUTOS. ESTEPONA



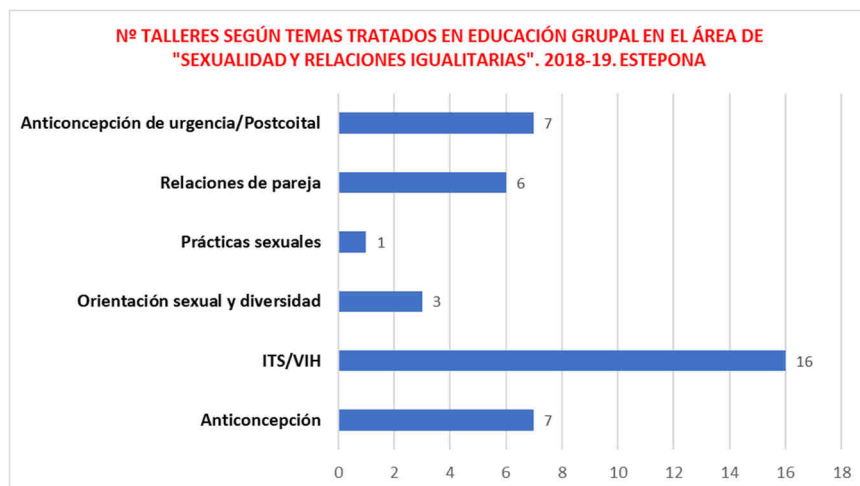
Analizamos el curso 2018-19 donde se han impartido 200 talleres y a casi 2600 chicos/chicas del municipio. La temática “Estilos de vida” es la más tratada, seguida de “Prevención de adicciones y Sexualidad”.



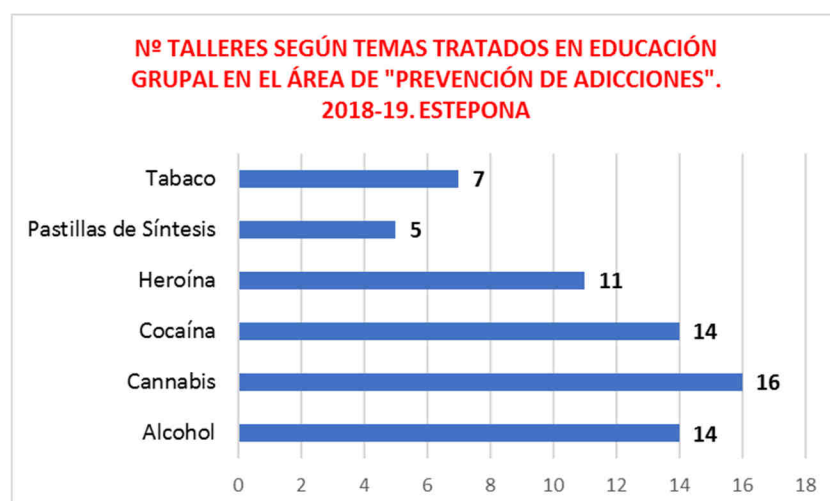
En cuanto a los contenidos específicos Área de “Estilos de vida saludables” y vemos los mayormente tratados que son” actividad física, ocio y alimentación saludable” con 69 talleres:



En Sexualidad lo más tratado fue ITS/VIH y anticoncepción, donde se trata el uso correcto del preservativo.



En Prevención de adicciones, Alcohol y Cannabis son las más tratadas.



- **PLAN INTEGRAL CONTRA LA OBESIDAD INFANTIL (PIOBIN): CONSEJO BÁSICO E INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL Y GRUPAL.**

En los Centros de salud de Estepona se viene desarrollando el Plan Integral contra la Obesidad Infantil de la Consejería de Salud y Familias desde hace años por parte de pediatras y equipos de salud infantil, siendo varias las intervenciones sanitarias:

- **INTERVENCION BÁSICA: CONSEJO MÉDICO EN OBESIDAD INFANTIL**

La Intervención Básica, es un consejo breve, firme y motivador del profesional sanitario al niño/a con exceso de peso y a su familia.

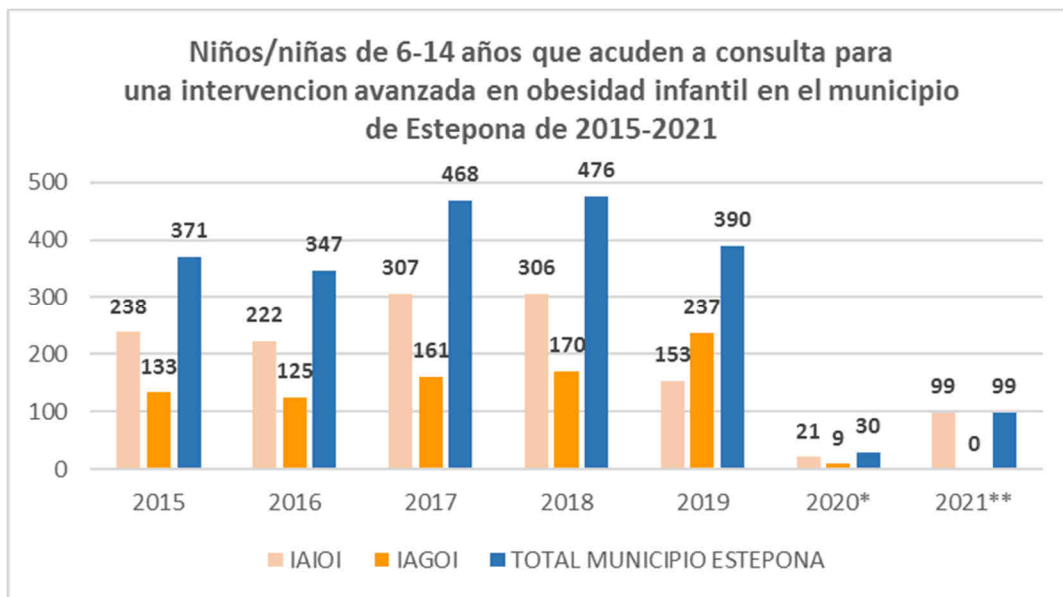
- **INTERVENCION AVANZADA OBESIDAD INFANTIL**

La intervención avanzada, ya trabaja el problema de forma intensiva con el/la menor y familia y puede ser de forma individual y/o grupal.

El sanitario (pediatra/enfermero) trabaja alimentación, ejercicio físico, motivación y estrategias de abordaje conductual para lograr cambios a estilos de vida más saludables y reducir el problema exceso de peso.

La intervención individual en obesidad infantil (IAIOI) se realiza en la propia consulta, e incluye varias consultas programadas, donde se trabaja con el niño/a y la familia.

La intervención grupal en obesidad infantil (IAGOI) se realiza en tres talleres de aproximadamente de 1.5-2 horas de duración, que incluyen alimentación saludable, actividad física y la cesta de la compra.



*datos de enero-junio **datos de enero-septiembre. FUENTE: MTI CITAS-DIRAYA. ELABORACIÓN PROPIA

En 2017 y 2018 se puede observar como la estrategia está implantada de forma estable contabilizándose el mayor número de niños atendidos, alcanzándose casi los 500 niños/as y familias atendidas.

En 2020-2021 hay una brusca caída de las intervenciones por la pandemia COVID_19 que obligó a suspender actividades y consultas.

Por UGC y centro de salud del 2015 a 2021:

	UGC ESTEPONA OESTE		UGC LA LOBILLA				TOTAL		
	IAIOI	IAGOI	LA LOBILLA		CANCELADA		TOTAL MUNICIPIO ESTEPONA		
AÑO	IAIOI	IAGOI	IAIOI	IAGOI	IAIOI	IAGOI	IAIOI	IAGOI	TOTAL MUNICIPIO ESTEPONA
2015	116	48	121	85	1		238	133	371
2016	116	60	105	65	1		222	125	347
2017	151	77	155	84	1		307	161	468
2018	147	81	159	89			306	170	476
2019	27	49	126	188			153	237	390
2020*	12	9	9				21	9	30
2021**	17		82				99	0	99
*datos de enero-junio									
**datos de enero-septiembre									

- **OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE ESTEPONA Y LA LOBILLA PARA PROMOCIONAR LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO EN EL MUNICIPIO EN MENORES:**

- **JORNADA ANUAL DE PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ESTEPONA:**

Desde hace tiempo, anualmente los dos centros de salud organizan estas jornadas dirigidas a la población general de Estepona y con especial hincapié en los menores, con mesas informativas, talleres en los propios centros y también en colegios e institutos, caminatas, ...Los sanitarios aprovechan para participar en medios de comunicación y lograr la máxima divulgación de sus mensajes saludables.

- **“CAMINANDO POR UN RETO”**

Caminando por un Reto (CxR) es una actividad que empezó en el Ayuntamiento de Benalmádena dentro del Plan Local de Salud en el año 2016 y cuyo fin es la prevención de la obesidad infantil y del sedentarismo, además de la promoción de la alimentación saludable y la práctica de actividad física. Se plantea un reto común a conseguir entre todos los participantes.

La actividad consiste en organizar una caminata de 5 km. dirigida fundamentalmente al colectivo escolar (alumnos, profesores y padres) por las calles más céntricas del municipio para así concienciar de la importancia del problema y de los cambios necesarios. Cada centro lleva una camiseta distintiva y todos junto hacen el recorrido juntándose al final en una actividad de ejercicio físico y música dinamizada por la Concejalía de Deportes

Previamente, se trabaja en cada centro educativo y se elaboran carteles y pancartas con las aportaciones de cada uno para la caminata.

Estepona ya participó en 2018 pero en 2019 consigue que **17** centros educativos del municipio participen y reúnen a **1.400** personas entre alumnado, profesorado y familias.

Se realiza el 12 de noviembre dado que es el Día Internacional de prevención de la Obesidad.

- **“Catálogo de activos y recursos para la práctica de actividad física de los menores en Estepona”.**

Los sanitarios de los Centros de Salud y del Distrito Sanitario han elaborado este catálogo para promocionar la actividad física y que los profesionales conozcan los recursos disponibles para menores y sus familias y aconsejen la práctica.

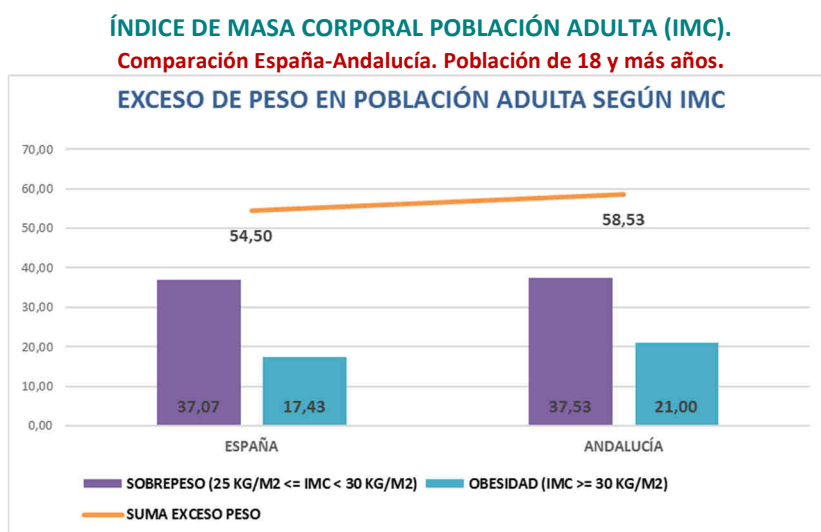
2. INFORME EN ADULTOS Y MAYORES (DETERMINANTES DE SALUD)

La información ha sido obtenida de las “Encuestas de Salud”, tanto de la española (ENSE-2017) como las andaluzas (EAS 2015-2016, última disponible), se basa en la información autodeclarada de las personas entrevistadas.

A. PREVALENCIA DE EXCESO DE PESO (SOBREPESO U OBESIDAD)

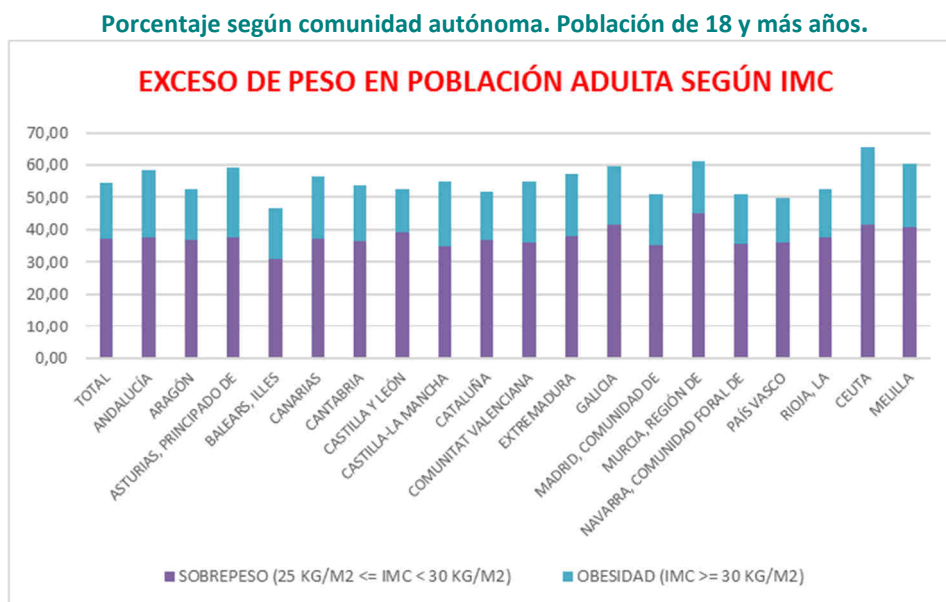
Para conocer el porcentaje de población que padece un exceso de peso (sobrepeso y obesidad) Se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC): El IMC se utiliza para clasificar el estado ponderal de la persona, y se calcula a partir de la fórmula: $\text{peso(kg)}/\text{talla(m}^2\text{)}$. IMC de 25 a <30 es Sobrepeso y IMC >30, es Obesidad. La suma de ambos define el “exceso de peso”.

Andalucía tiene un porcentaje mayor de personas con exceso de peso en relación a la media nacional, fundamentalmente a causa de la obesidad. Los datos de sobrepeso son parecidos:



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Elaboración (Área Educación para la Salud. UGC PPV. DAP Costa del Sol).

Con respecto a otras comunidades autónomas, Andalucía ocupa el sexto lugar con peores datos de España.



Según la Encuesta Andaluza de Salud (EAS 2015-2016), el 56,1% de la población mayor de 16 años tenía un exceso de peso y según la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad del 2017 (mayores de 18 a.) un 58.5%.

Siendo el perfil coincidente en ambas: el exceso de peso es mayor en varones que en mujeres, aumenta con la edad y con las condiciones desfavorables:

A medida que aumenta la edad (grupo etario), aumentaba el porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad (exceso de peso). El 24,3% de los jóvenes de 16 a 24 años tenía sobrepeso u obesidad. La población de 65 a 74 años registró un 77,9% de personas con un peso superior al normal (sobrepeso u obesidad), y un 75,8% de las personas mayores de 75 años.

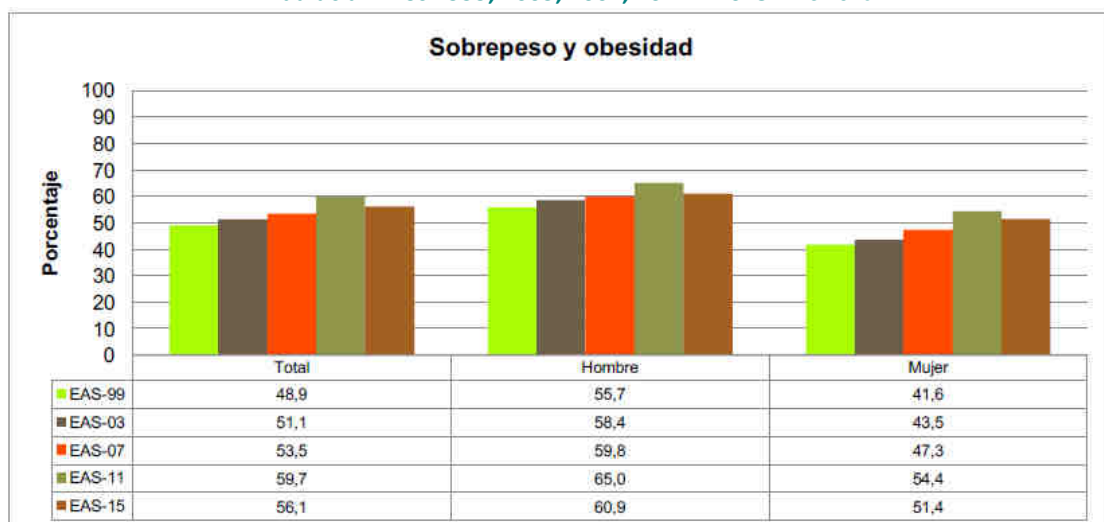
En el ámbito socioeconómico, a mayor nivel de estudios, de ingresos o de clase social, menor es la prevalencia de personas con sobrepeso u obesidad. Concretamente, hubo un 68,1% de personas con estudios primarios, 61,9% rentas inferiores a 999€ y 59,1% de personas pertenecientes a la clase social más desfavorecida con un peso superior al normal, es decir, con sobrepeso u obesidad.

El exceso de peso tiene una *tendencia de aumento* hasta 2011 y después desciende en los últimos cuatro años. Estos cambios se produjeron en la misma medida para hombres y mujeres y también disminuyen por grupos de edad.

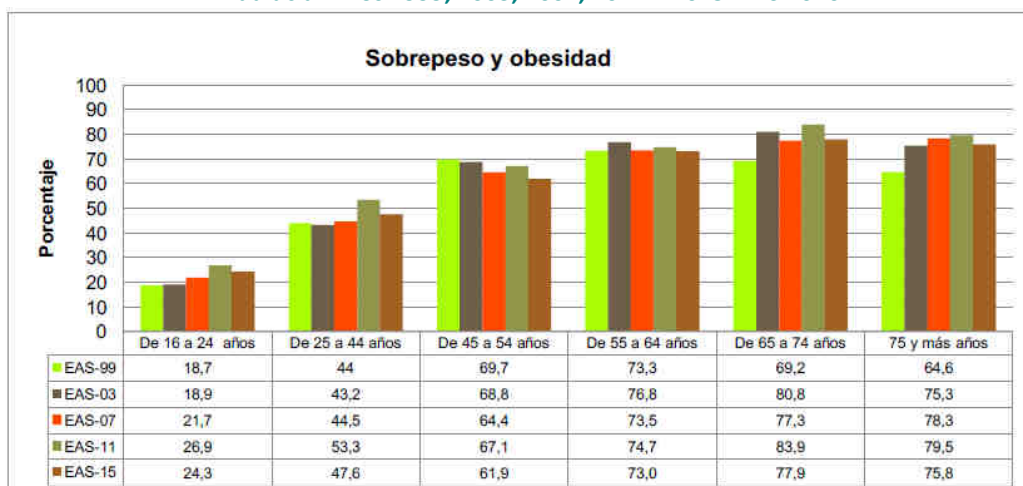
En los últimos años el porcentaje de personas con peso superior al normal (sobrepeso u obesidad) ha disminuido en la mayoría de las provincias, donde Málaga tiene un descenso de entre el 11.8 %.

Según el nivel socioeconómico, el porcentaje de personas con obesidad o sobrepeso ha disminuido principalmente en personas con estudios secundarios o universitarios, con ingresos superiores a 1.000€ y pertenecientes a la clase social media o alta.

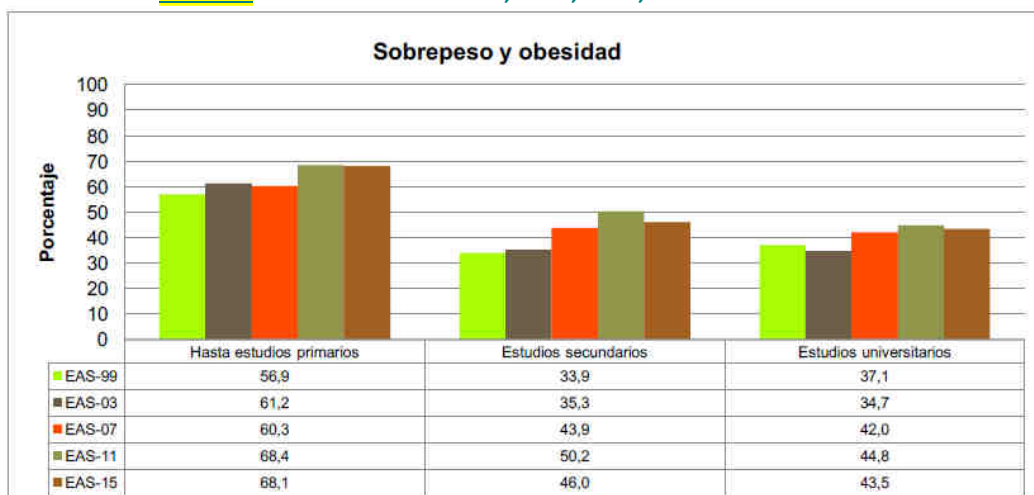
Porcentaje de personas con índice de masa corporal superior al normal (sobrepeso más obesidad) por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015. EAS 2016



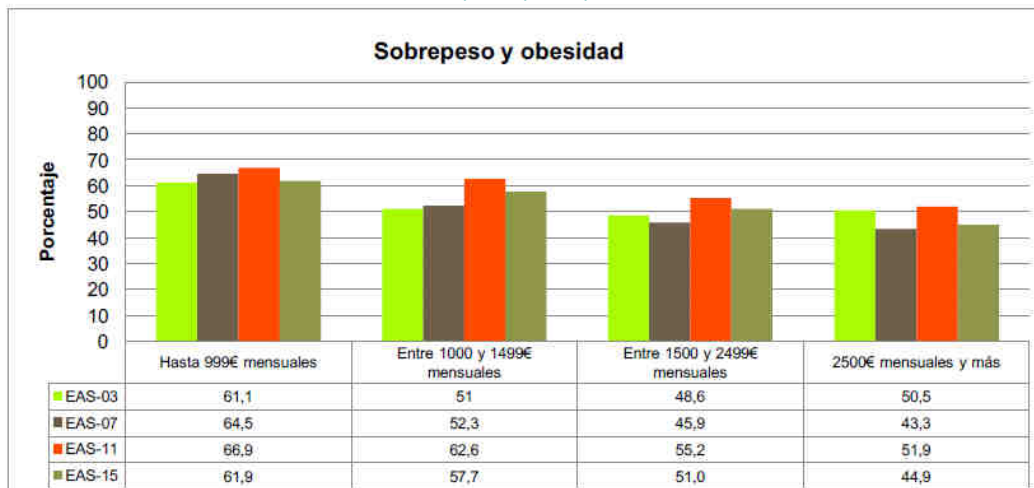
Porcentaje de personas con índice de masa corporal superior al normal (sobrepeso más obesidad) **por edad**. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015. EAS 2016



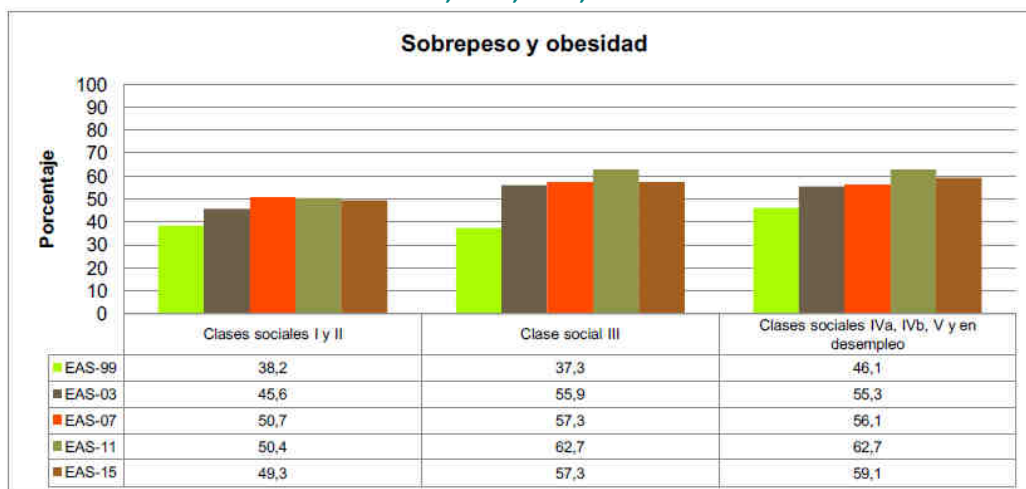
Porcentaje de personas con índice de masa corporal superior al normal (sobrepeso más obesidad) **por nivel de estudios**. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015. EAS 2016



Porcentaje de personas con índice de masa corporal superior al normal (sobrepeso más obesidad) **por nivel de ingresos**. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015. EAS 2016

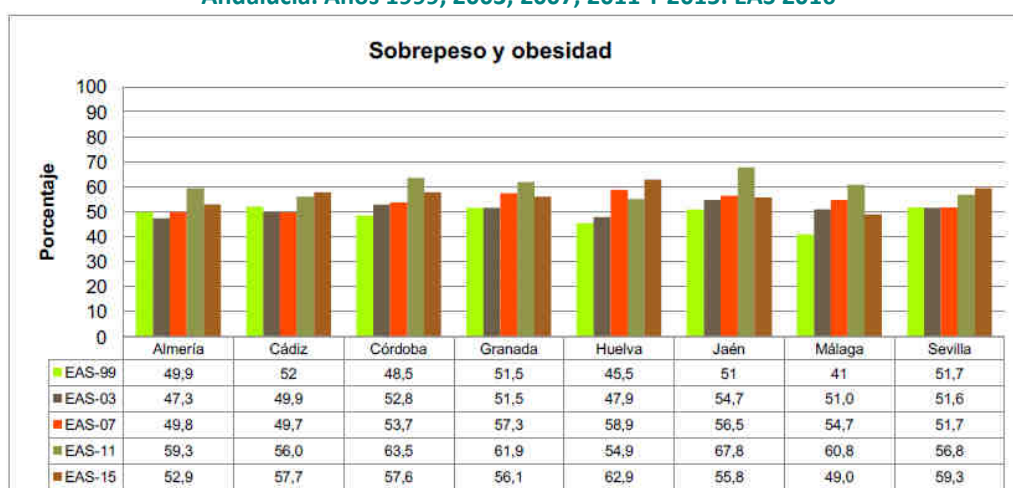


Porcentaje de personas con índice de masa corporal superior al normal (sobrepeso más obesidad) **por clase social**. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015. EAS 2016



Málaga es la provincia andaluza con menor índice de exceso de peso de Andalucía (49%) en EAS 2016.

Porcentaje de personas con índice de masa corporal superior al normal (sobrepeso más obesidad) **por provincias**. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015. EAS 2016



B. ESTILOS DE VIDA:

• ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

Los datos se refieren al ejercicio físico que implica el trabajo o actividad habitual y el ejercicio practicado en el tiempo libre..

Según la Encuesta Andaluza de Salud 2015-2016, el 89% de la población tiene una actividad física habitual o trabajo sedentario (trabajo que se realiza sentado o de pie sin realizar esfuerzos) y ha ido en aumento progresivo con los años; siendo más frecuente esta actividad sedentaria en las mujeres (91,8%) que en los hombres (86,2%).

A mayor edad, mayor es el porcentaje de personas con trabajos sedentarios (89,3% de los jóvenes de 16 a 24 años y 97,8% de personas mayores de 75 años), al igual que en la vida sedentaria en el tiempo libre (28,4% en jóvenes de 16 a 24 años y 59,7% en mayores de 75 años).

El 38% de la población residente en Andalucía mayor de 16 años no practicaba ejercicio físico en su tiempo libre, manteniendo las mujeres (41,8%) una vida más sedentaria que los hombres (34%).

En Málaga el 86,7 % de su población tiene sedentarismo en el trabajo o actividad habitual, aunque sea la segunda provincia con menor cifra y un 43,1 % de sus ciudadanos también son sedentarios en su tiempo libre y aquí resulta la segunda provincia más sedentaria.

Las personas con estudios secundarios, ingresos entre 1.000€ y 2.499€, de clase media o baja tuvieron una vida menos sedentaria en el trabajo. Por otro lado, las personas que realizan más ejercicio físico en su tiempo libre son aquellas que tenían estudios universitarios, ingresos superiores a 2.500€ y de clase superior: el sedentarismo en el tiempo libre aumenta conforme empeora su situación socioeconómica.

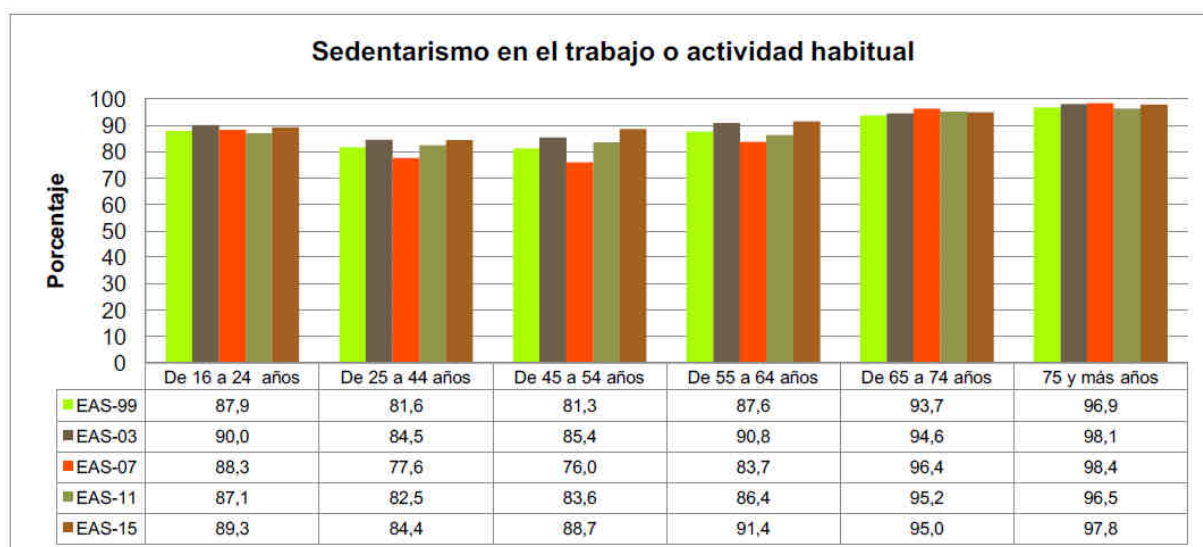
En Andalucía, ha aumentado la proporción de personas con trabajo o actividad habitual sedentaria y que no realizan ejercicio físico en su tiempo libre desde 2007: el aumento es mayor en hombres que en mujeres.

En cuanto a la edad las edades comprendidas entre los 45 a 64 años es donde fue mayor el aumento de personas que no realizaron ningún ejercicio físico en su vida habitual, trabajo o tiempo libre. En el resto de grupos etarios este crecimiento fue más leve.

Por provincia, en Málaga (como en la mayoría de provincias) aumentó ligeramente el porcentaje de personas con vida sedentaria en su entorno laboral o actividad habitual, en los últimos años.

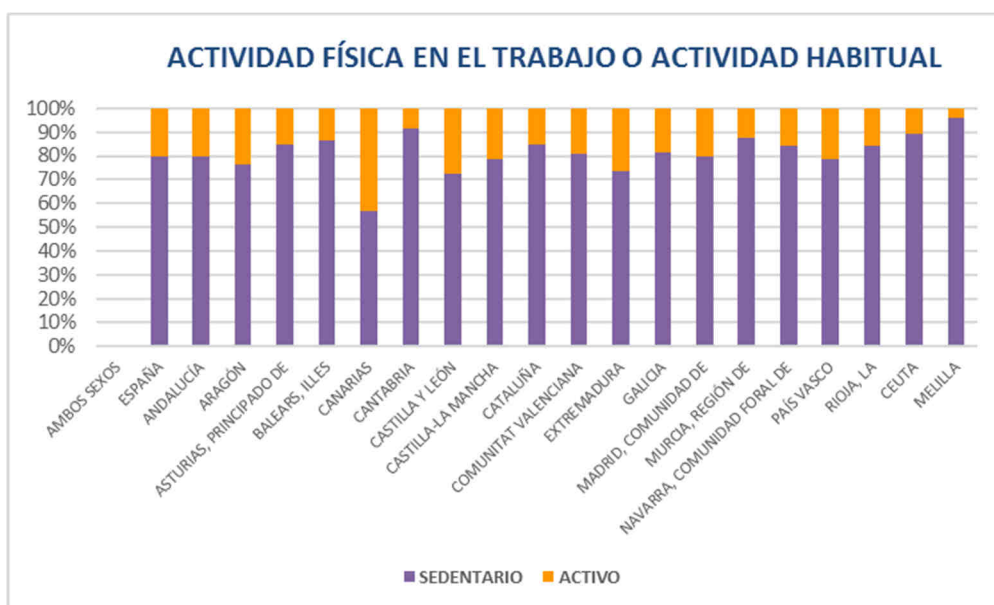
Con respecto al ejercicio realizado en el tiempo libre, disminuyó el sedentarismo en el tiempo libre hasta 2011, y aumentó en 2015-2016, tanto para hombres como para mujeres, y en todos los grupos etarios en general y por nivel socioeconómico, subió más en aquellos con estudios primarios y universitarios, con rentas más bajas (inferior a 999€).

El sedentarismo en el trabajo o actividad habitual aumentó en los últimos años en todos los niveles de estudio. Desde el año 2007 se ha ido incrementando el porcentaje en todas las categorías de ingresos, siendo más acusado este aumento cuanto mayor era el nivel de ingresos.



Porcentaje de sedentarismo en el trabajo o actividad habitual por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015. **EAS 2016**

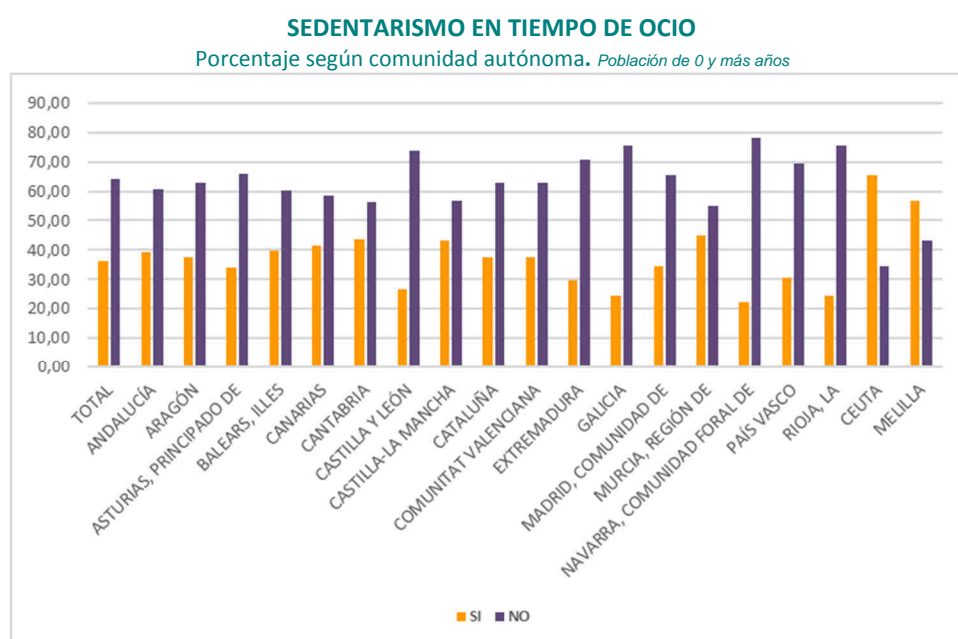
Comparando Andalucía con España (Encuesta Española de Salud ENSE 2017), el sedentarismo en el trabajo habitual está muy parejo, un poco mejor a favor de Andalucía, pero peores las cifras de sedentarismo en tiempo de ocio.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
(Elaboración: Área Educación para la Salud. DAP Costa del Sol)

ACTIVIDAD-TRABAJO HABITUAL	SEDENTARIO	ACTIVO
AMBOS SEXOS		
ESPAÑA	79,03	19,92
ANDALUCÍA	79,22	20,24

Porcentaje según comunidad autónoma. Población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a labores del hogar. ENSE 2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
(Elaboración: Área Educación para la Salud. DAP Costa del Sol)

SEDENTARISMO EN TIEMPO DE OCIO	SI	NO
AMBOS SEXOS		
ESPAÑA	36,04	63,96
ANDALUCÍA	39,47	60,53

ENSE 2017

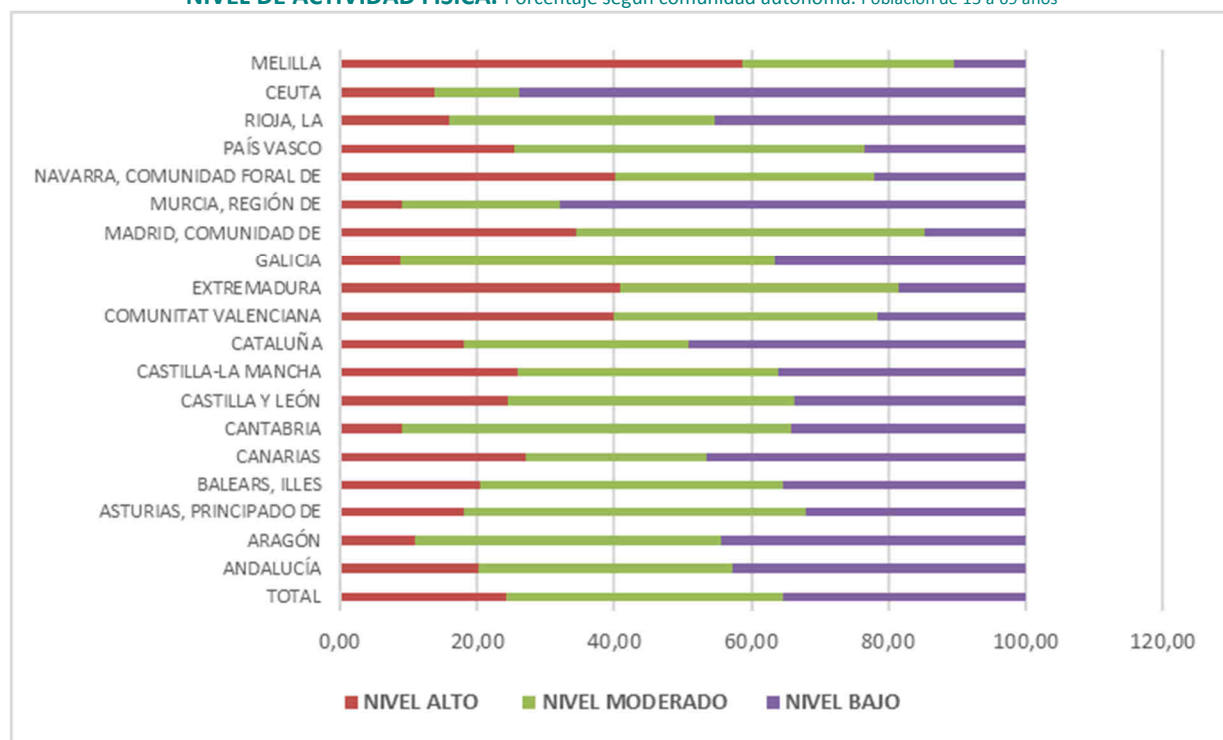
En cuanto al nivel de actividad física en función de las recomendaciones saludables, Andalucía recoge peores cifras que España.

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA	ALTO	MODERADO	BAJO
AMBOS SEXOS			
ESPAÑA	24,33	40,39	35,28
ANDALUCÍA	20,22	36,95	42,83

ENSE 2017.

Estimaciones de actividad física realizadas con el cuestionario internacional de actividad física.
Nivel bajo: no cumple con las recomendaciones de la OMS sobre actividad física.

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA. Porcentaje según comunidad autónoma. Población de 15 a 69 años

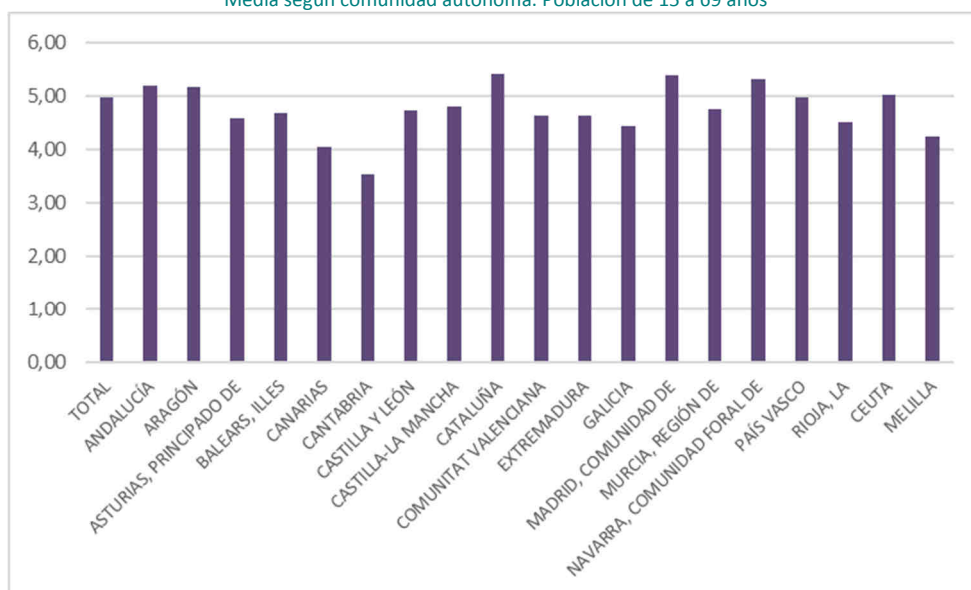


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
(Elaboración: Área Educación para la Salud. DAP Costa del Sol)

En relación al tiempo medio diario (horas) de actividad sedentaria, Andalucía registra 5.20h/d. un poco más elevado que España.

TIEMPO MEDIO (HORAS) DIARIO DE ACTIVIDAD SEDENTARIA

Media según comunidad autónoma. Población de 15 a 69 años



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
(Elaboración: Área Educación para la Salud. DAP Costa del Sol)

TIEMPO MEDIO (HORAS)

DIARIO DE ACTIVIDAD SEDENTARIA

MEDIA

AMBOS SEXOS

ESPAÑA	4,99
ANDALUCÍA	5,20

ENSE 2017.

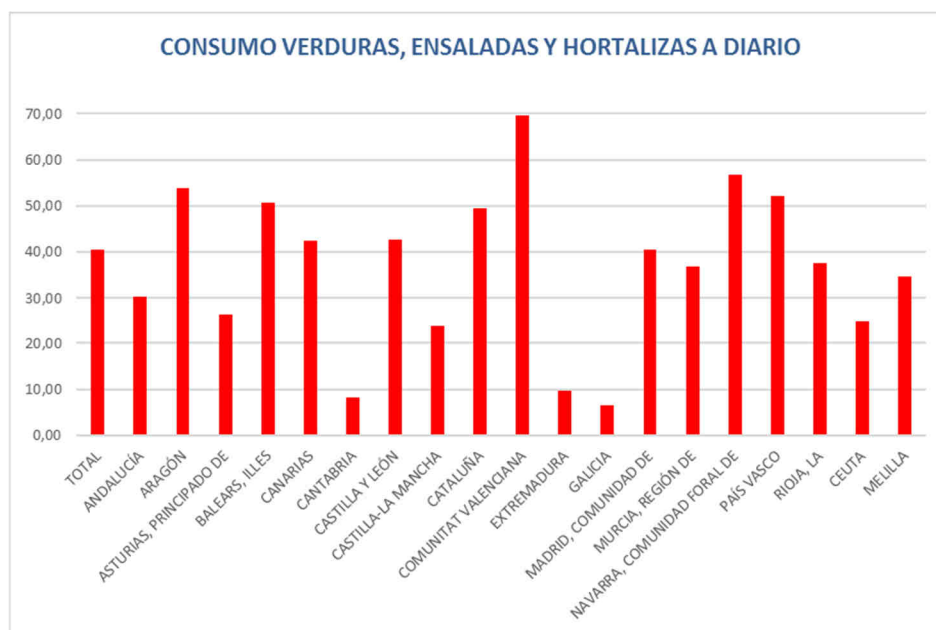
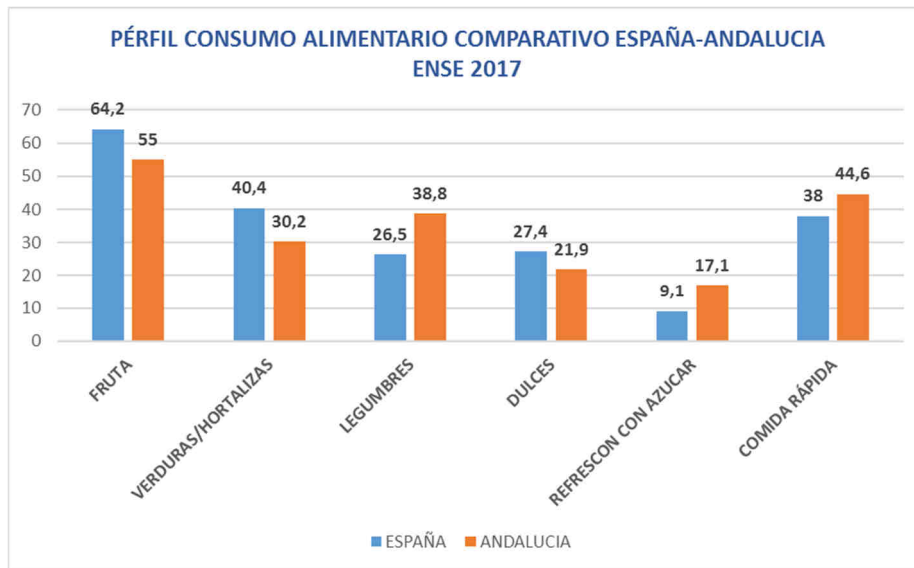
● ALIMENTACIÓN: PATRÓN DE CONSUMO DE DETERMINADOS ALIMENTOS

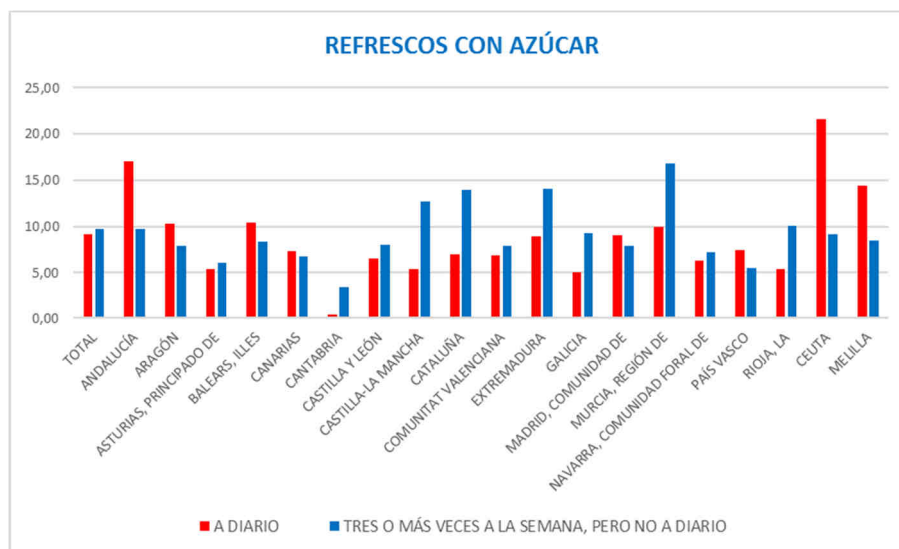
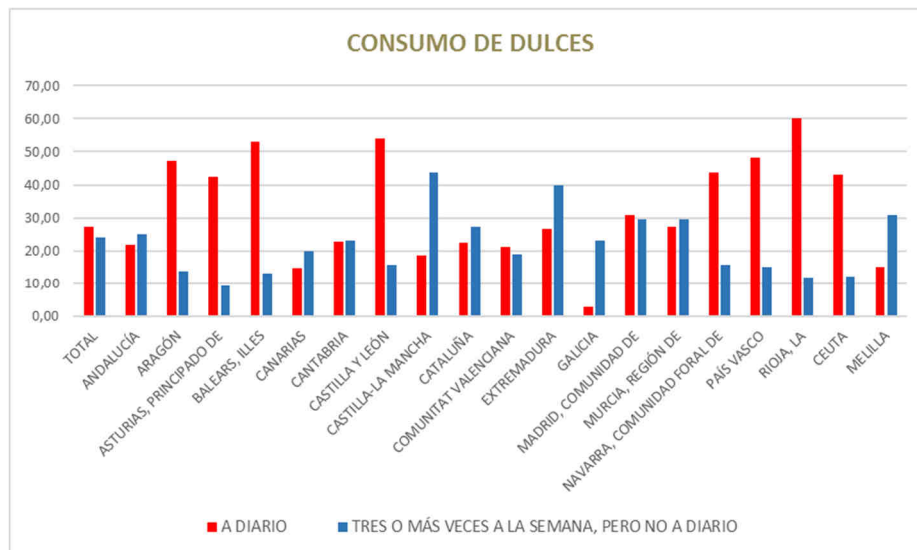
Información obtenida de la Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Porcentaje según sexo y comunidad autónoma. Población de 1 y más años. Gráficos: Elaboración propia (Área Educación para la Salud. DAP Costa del Sol).

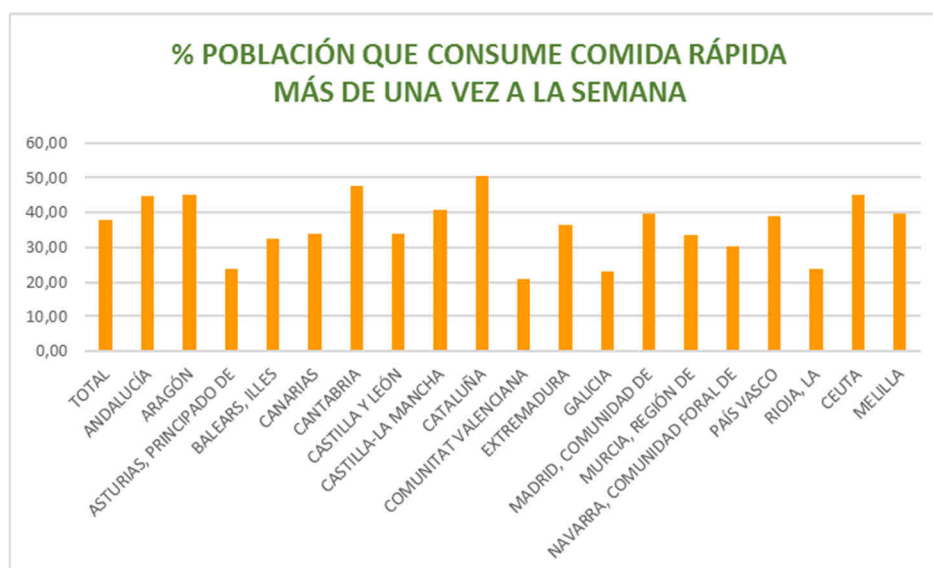
En el consumo de legumbres y de dulces está mejor Andalucía, pero en el de fruta y verduras/hortalizas diario es bastante menor en Andalucía.

En el consumo diario de refrescos con azúcar, Andalucía casi duplica la tasa de España y en comida rápida más de 1 vez por semana también es destacable el mayor consumo de Andalucía.

	FRUTA	VERDURAS/ HORTALIZAS	LEGUMBRES	DULCES	REFRESCON CON AZUCAR	COMIDA RÁPIDA
	diario	diario	3 ó más veces/sem	diario	diario	más de 1 vez/sem
ESPAÑA	64,2	40,4	26,5	27,4	9,1	38
ANDALUCIA	55	30,2	38,8	21,9	17,1	44,6







Con respecto a la Encuesta Andaluza de Salud 2016 (EAS 2016) el consumo de fruta y verdura diario es (%):

ANDALUCIA	52.6	31.1
MÁLAGA	45,8	30,1

C. PROGRAMAS Y ACTIVIDADES REALIZADOS DESDE EL SECTOR SALUD DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESDE LOS CENTROS DE SALUD DE ESTEPONA:

- **PLAN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA (PAFAE): CONSEJO DIETÉTICO E INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL Y GRUPAL.**

Actualmente este Plan ha quedado incluido en la “Estrategia de Promoción de vida saludable en Andalucía” y junto a la alimentación y actividad física, se trabaja también el consumo de alcohol, el sueño saludable, salud sexual o el bienestar emocional.

➤ **INTERVENCIÓN BÁSICA: CONSEJO DIETÉTICO BÁSICO**

La Intervención Básica, es un consejo breve, firme y motivador del profesional sanitario a la persona con exceso de peso y/o sedentarismo.

➤ **INTERVENCIÓN AVANZADA EN CONSEJO DIETÉTICO Y HÁBITOS SALUDABLES**

En esta actuación, los sanitarios trabajan el problema de forma intensiva con la persona bien de forma individual y/o en grupo:

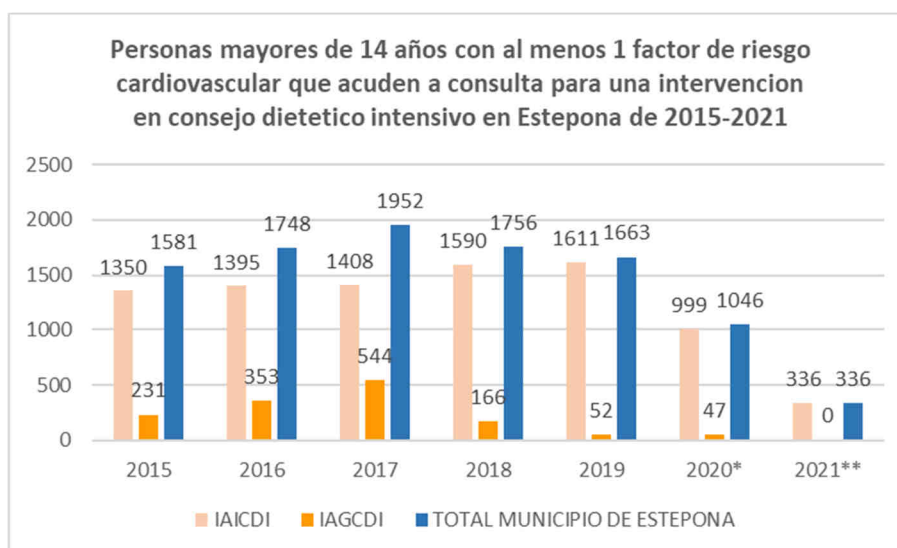
La intervención individual en consejo dietético intensivo (IAICDI)/intervención avanzada individual en hábitos saludables (IAIHS) se realiza en la propia consulta, e incluye varias consultas programadas, donde se trabaja

adaptándose a cada persona la adquisición de habilidades, destrezas y actitudes para adoptar y mantener conductas saludables.

La intervención grupal en consejo dietético intensivo (IAGCDI)/intervención avanzada grupal en hábitos saludables (IAGHS) actualmente se realiza en 5 sesiones de aproximadamente de 1.5-2 horas de duración, que incluyen Conceptos claves y Dieta mediterránea, Nutrientes y Grupos de Alimentos, Compra-cocina saludable y etiquetado, Actividad física y sedentarismo, y Emociones-autoestima y refuerzo de la motivación.

Tanto una como otra pueden realizarse de forma independiente, los talleres de las sesiones grupales complementan y refuerzan el trabajo del profesional y de la propia persona para mejorar el exceso de peso por lo que se recomienda también a aquellos que realizan la intervención individual.

Según datos de MTI CITAS de DIRAYA, en el gráfico más abajo, se muestra el registro de personas que tuvieron cita para realizar Intervención Avanzada, Individual (IAICDI) o Grupal (IAGCDI), así como el total de una y otra en el municipio de ESTEPONA desde 2015-2021.



En 2017 casi 2.000 personas de Estepona con exceso de peso/sedentarismo fueron atendidas y realizaron una intervención avanzada en consejo dietético intensivo.

En 2020-2021 hay una brusca caída de las intervenciones en general y de las grupales en particular, por la pandemia COVID_19 que obligó a suspender actividades y consultas.

Actuaciones realizadas por UGC y centro de salud del 2015 a 2021

AÑO	UGC ESTEPONA OESTE		UGC LA LOBILLA				TOTAL		
	IAICDI	IAGCDI	LA LOBILLA		CANCELADA		TOTAL MUNICIPIO ESTEPONA		
	IAICDI	IAGCDI	IAICDI	IAGCDI	IAICDI	IAGCDI	IAICDI	IAGCDI	TOTAL ESTEPONA
2015	475	70	755	161	120		1350	231	1581
2016	553	91	743	262	99		1395	353	1748
2017	877	72	493	472	38		1408	544	1952
2018	834	25	726	141	30		1590	166	1756
2019	835	17	689	35	87		1611	52	1663
2020*							0	0	0
2021**	205		123		8		336	0	336
*datos de enero-junio									
**datos de enero-septiembre									

Si bien los datos de prevalencia de enfermedades afectadas por el exceso de peso y estilos de vida (alimentación, sedentarismo, actividad física ...) son más altas en la población correspondiente al Centro de sSalud de la Lobilla que en la del CS Estepona, la actividad realizada en la población sobre estos determinantes de salud es mayor en el CS La Lobilla (con independencia de que en la tabla se expresen en números absolutos).

- **OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE ESTEPONA Y LA LOBILLA PARA PROMOCIONAR LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO EN EL MUNICIPIO EN MENORES:**

- **“POR UN MILLÓN DE PASOS”**

“Por un millón de pasos” es una iniciativa, de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, que tiene como finalidad promover la práctica de actividad física en el conjunto de la población, a través de la organización de paseos en grupo.

El proyecto está destinado a asociaciones y agrupaciones de personas, y su puesta en práctica es a nivel local. Para su desarrollo, se presenta a los grupos de personas el siguiente reto: "¿Serían ustedes capaces de dar, al menos, un millón de pasos en un mes, mediante la suma de los pasos de los miembros de su asociación que participen en esta iniciativa?".

Con este reto se pretende animar a las personas que son sedentarias a que inicien una vida más activa, y a aquellas que ya lo son que mantengan los hábitos de vida saludables. En una primera fase supone asumir el reto de dar, al menos, un millón de pasos en un mes, mediante la suma de los pasos de los miembros de la asociación que participen en esta iniciativa.

Anualmente se trabaja en Estepona se desarrolla este realizando sus caminatas junto a sanitarios de C.S Estepona y La Lobilla, donde con una media de 3 veces por semana se reúnen para realizar la actividad en grupos:

- Asociación de fibromialgia y fatiga crónica
- Asociación Mujeres Peña Blancas
- A.P.R.O.N.A
- Asociación de alzheimer
- Asociación Discapacitados.
- Cruz Roja
- Usuarios centro de salud Mental
- Talleres de empleo de Ayuntamiento.
- Miembros de los talleres de Consejo Dietético Intensivo.
- Miembros del Programa “Paseo Terapéutico”
- Caminata del “Día Mundial Sin tabaco”

“POR UN MILLÓN DE PASOS”

RESULTADOS DE ACTIVIDAD ANUAL. SUMA DE RESULTADOS C.S ESTEPONA Y LA LOBILLA (2017)

UUGC	TOTAL DE "PASOS CONSEGUIDOS "	Nº PARTICIPANTES ACUMULADOS	Nº PARTICIPANTES DIFERENTES	Nº CAMINATAS	Nº ASOCIACIONES	Nº ACTIVIDADES DIFERENTES
ESTEPONA	39.583.500	6.154	745	191	16	26

Esta es la actividad media anual que se realiza en el municipio, donde 745 personas participan en el programa, de 16 asociaciones, colectivos y grupos y que consiguen acumular 39.5 millones de pasos entre todos en un año.

Además, en la realización de la actividad se trabaja en mensajes para fomentar también otros aspectos de estilo de vida saludable.

➤ **“PASEO TERAPÉUTICO”**

Con los mismos objetivos que el anterior, este Programa es propio del Centro de Salud de Estepona y se ha desarrollado desde hace muchos años; consiste en una caminata en grupo que culmina con realización de ejercicios y/o Tai chi en un parque del municipio. Es creado y desarrollado por un enfermero del centro de salud, quien coordina y hace de monitor en todos los encuentros.

Acumula una participación mensual de unas 38 personas, con tres salidas semanales, lo que supone una participación de 456 personas y acumulan al año 144 encuentros de actividad, consiguiendo caminar juntos más de 3 millones de pasos mensuales.

- **JORNADA ANUAL DE PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ESTEPONA:** Ya referenciada en la sección de “menores”.

D. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

Consiste en realizar un estudio mamográfico a las mujeres de 50 a 69 años y se revisan cada dos años y se realiza en toda Anadlucía como método de disminuir la mortalidad por este cáncer, que es el má frecuente en la mujer.

Desde 2015 hasta el 15/12/2021 se han citado a 5.921 mujeres del municipio de Estepona, habiendo acudido a cita el 96% de las mujeres invitadas, 5.672. y han sido revisadas a los dos años aquellas que correspondía.

En este período, los médicos especialistas del Programa han derivado al Hospital Costa del Sol para estudios complementarios por descartar sospecha a 619 mujeres, el 11.52% y de ellas a 64 mujeres se les ha detectado cáncer de mama en el Programa (11.92 casos/1000).

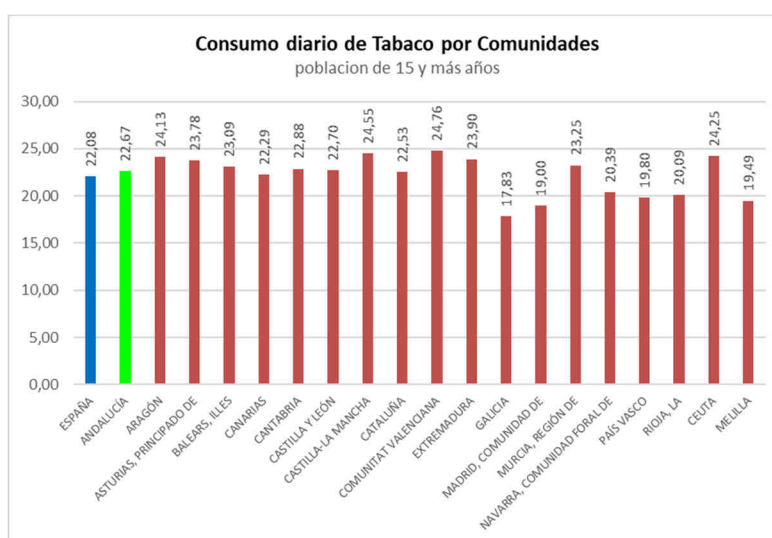
TABACO

La información que se presenta se obtiene de los datos disponibles que, para el tema de consumo y sus características, son de estudios nacionales y andaluces (incluyen información de Málaga provincia). A nivel municipal de Estepona, se expondrán los datos relativos a la atención sanitaria prestada al fumador por parte de los CS Estepona y CS La Lobilla y los programas de prevención, promoción y educación para la salud.

CONSUMO DE TABACO

- CONSUMO DIARIO DE TABACO Y SU EVOLUCIÓN
 - ✓ CONSUMO DIARIO EN POBLACIÓN 15 O MÁS AÑOS DE ANDALUCÍA.

Según la Encuesta Nacional de Salud (2017) o ENSE, en Andalucía la población fumadora de 15 o más años es del 22.67% y supera ligeramente la media de España (22.08%).



Según la Encuesta Andaluza de Salud (EAS-2015) el consumo diario en la población andaluza mayor de 15 años era de 27.9%, habiendo tenido una evolución del consumo de clara **disminución** a través de los años pasando del 31% en 1999 al 27.9% en 2015.

La prevalencia es mayor en **hombres (31,4%)** que en mujeres (24,6%).

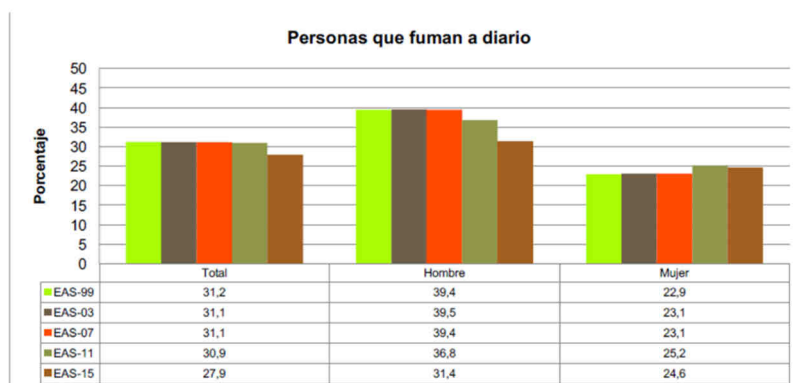


Ilustración 135. Prevalencia de personas que fuman a diario por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

Según la edad, **desciende el porcentaje de personas que fumaban a diario** en menores de 65 años. El grupo de edad de 25 a 44 años es el de mayor descenso (45,1% en 1999 y 35,3% en 2015).

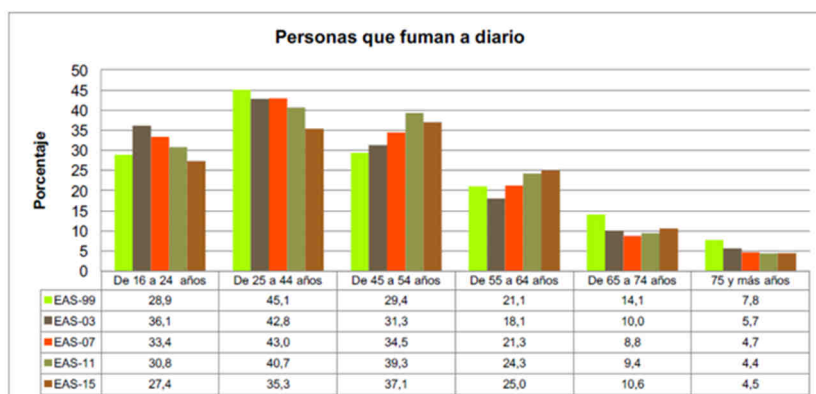


Ilustración 136. Prevalencia de personas que fuman a diario por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

MÁLAGA: desciende notablemente el porcentaje de personas que fuman a diario. En 2015 con una prevalencia de 24.4%, la menor de Andalucía.

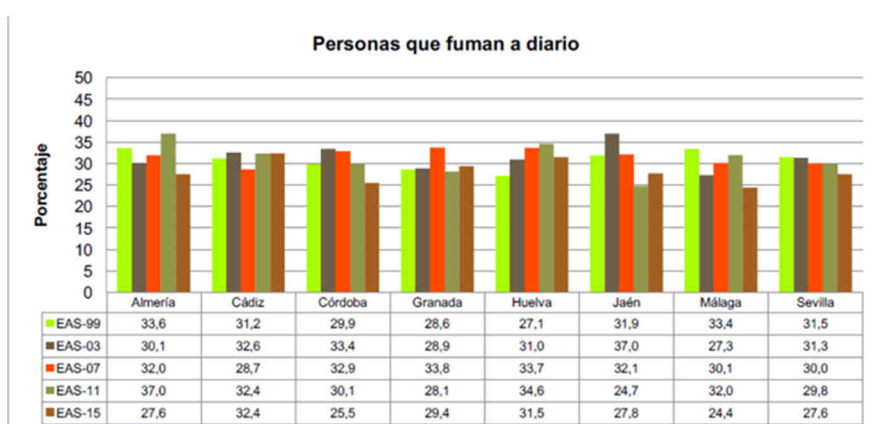


Ilustración 137. Prevalencia de personas que fuman a diario por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

Según el nivel de estudios, en los últimos años descienden los porcentajes de personas fumadoras en los diferentes grupos. Destaca por su mayor descenso el grupo de estudios universitarios (32,1% en 1999 y 19,8% en 2015) siendo el que menos desciende el grupo de estudios primarios.

Igualmente, las personas con rentas menores de 999€ fumaban a diario con mayor frecuencia (30,7%), disminuyendo el porcentaje en los últimos años para las personas con nivel de ingresos superiores a 1.000€.

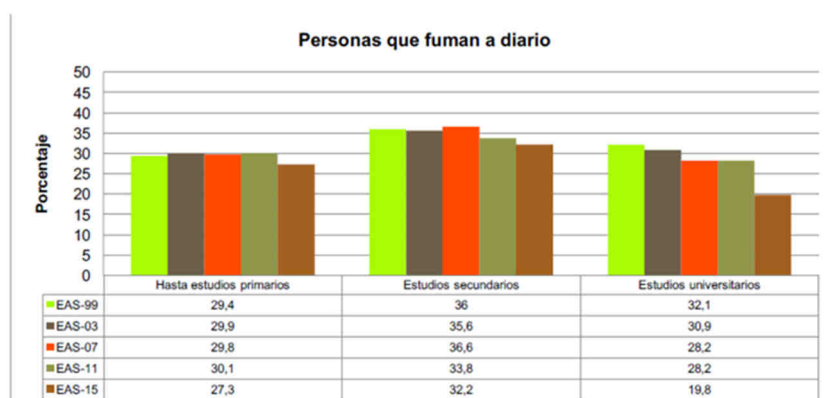


Ilustración 138. Prevalencia de personas que fuman a diario por nivel de estudios. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

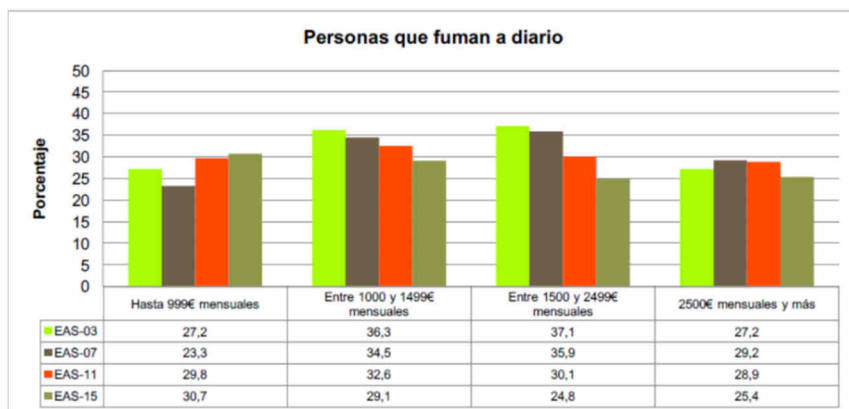


Ilustración 139. Prevalencia de personas que fuman a diario por nivel de ingresos. Andalucía. Años 2003, 2007, 2011 y 2015.

En los últimos 4 años en todas las clases sociales ha disminuido el porcentaje de fumadores a diario, aunque el mayor descenso ha sido en las clases superiores.

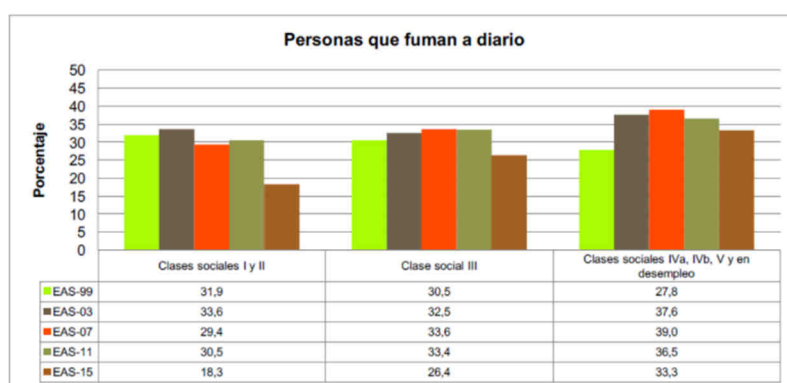


Ilustración 140. Prevalencia de personas que fuman a diario por clase social. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

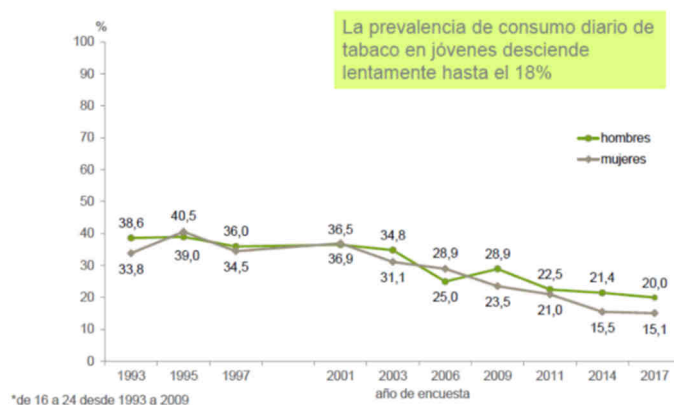
Las personas que más fuman a diario pertenecen a la clase social más desfavorecida (33,3%), frente al 18,3% en las clases sociales superiores.

✓ CONSUMO DIARIO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JÓVENES ANDALUCÍA:

La prevalencia de consumo en España en la población de 15-24 años ha ido descendiendo muy lentamente afectando todavía al 17,6% (ENSE 2017).

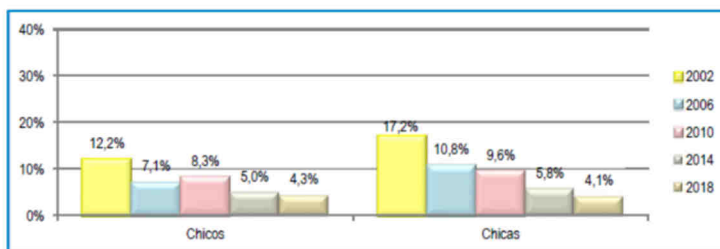
Consumo diario de tabaco 1993-2017

Población de 15 a 24 años*



Según el **ESTUDIO HBSC** (Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados), la evolución del consumo del 2002 a 2018 en POBLACIÓN DE 11-18 AÑOS:

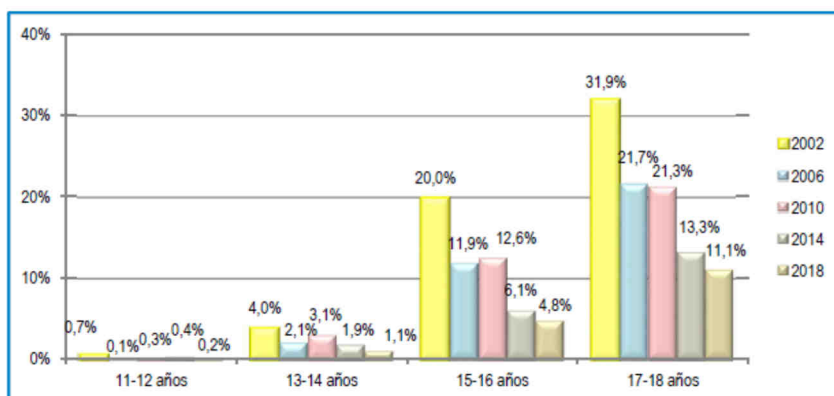
En 2002 y 2006, las chicas fumaban diariamente en mayor proporción que los chicos, pero estas diferencias han ido desapareciendo con el tiempo. El descenso se produce tanto en ellos como en ellas. En 2018 un 4,3% de los chicos y un 4,1% de las chicas fuman tabaco a diario.



Según la edad, en todos los grupos etarios se produce una reducción del consumo diario de tabaco, pasando de los valores más altos en 2002 a los más bajos en 2018.

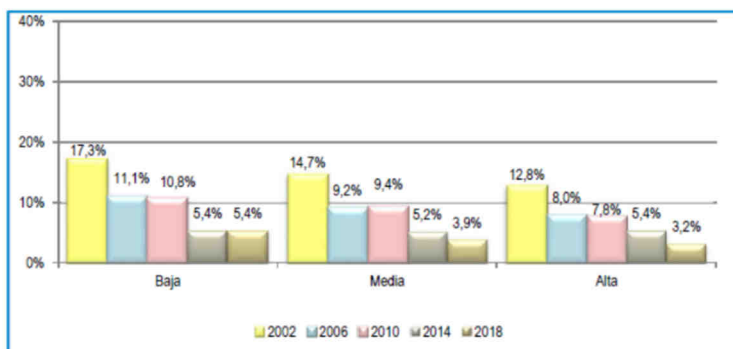
El consumo diario de tabaco aumenta conforme aumenta el grupo de edad.

El porcentaje de chicos y chicas que fuman a diario es superior en el grupo de 17-18 años, seguido del de 15-16.

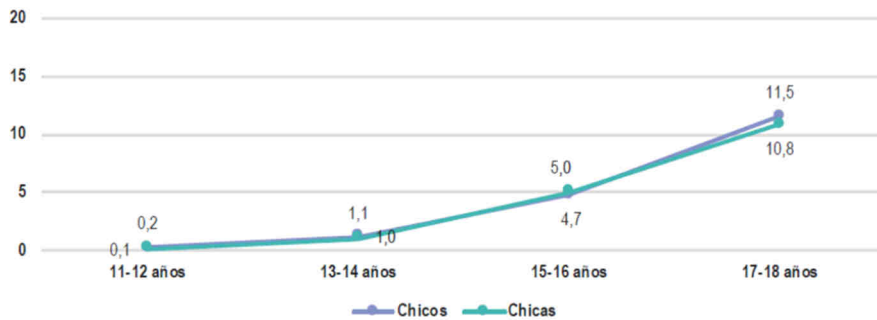


Combinando sexo y edad: el consumo diario de tabaco aumenta con la edad tanto en chicos como en chicas y es claramente más alto a partir de los 15-16 años. Pero las diferencias entre los sexos han ido disminuyendo a lo largo de las ediciones. En 2010 solo se aprecian a los 15-16 años, en 2014 solo a los 17-18 años y en 2018 desaparecen en todos los grupos de edad.

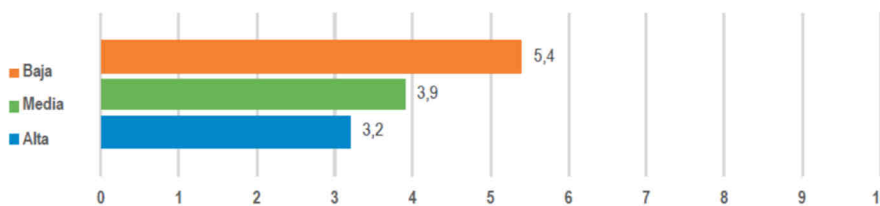
Según la capacidad adquisitiva familiar: A menor capacidad adquisitiva, mayor consumo.



Entre los 11 y los 18 años, la frecuencia diaria de consumo de tabaco es muy similar entre chicos (4,3%) y chicas (4,1%). El porcentaje aumenta con la edad.



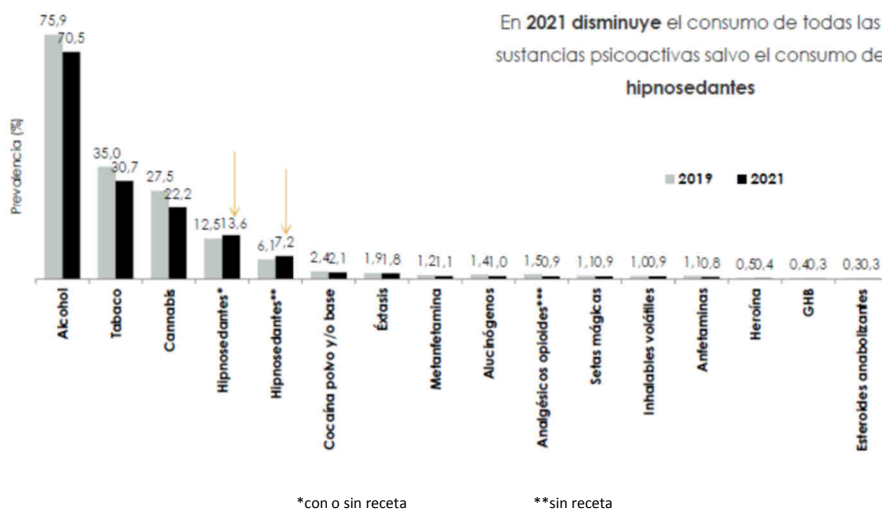
Según la clase social, es algo más frecuente en adolescentes pertenecientes a familias con baja capacidad adquisitiva (5,4%) en relación a familias de nivel medio (3,9%) y alto (3,2%), entre las que casi no hay diferencias.



La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES 2021 (Ministerio de Sanidad) refleja que para la POBLACIÓN de ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes.

Prevalencia de consumo (%).

Últimos 12 meses. Estudiantes 14-18 años.



El consumo diario en últimos 30 días es el que registra la mayor prevalencia de consumo de todas las sustancias analizadas (tabaco, alcohol, hipnosedantes y cannabis).

Prevalencia de consumo por sexo (%).

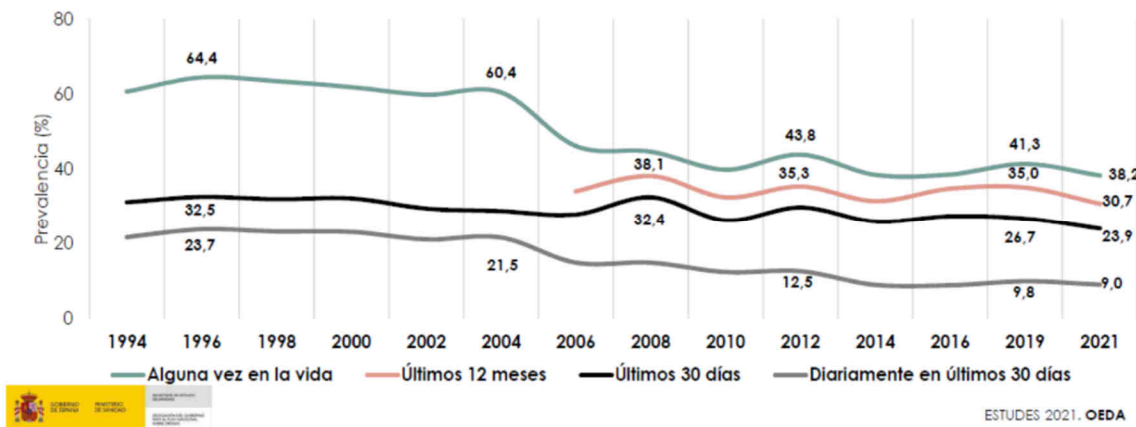
Últimos 12 meses. Estudiantes 14-18 años.



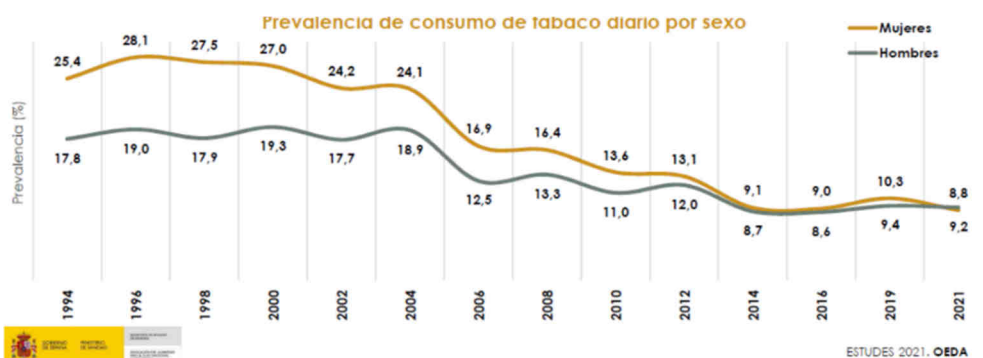
Respecto a años anteriores, **en 2021 el 38,2% ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 30,7% en el último año y el 23,9% en los últimos 30 días** previos a la encuesta.

La prevalencia de consumo diario de tabaco durante los últimos 30 días alcanza el 9,0%.

En 2021, independientemente del intervalo analizado, las prevalencias de consumo disminuyen con relación a los valores registrados en 2019.



Según sexo: En 2019 se produjo un aumento en ambos sexos respecto al 2016, en 2021 se produce un nuevo descenso en la tendencia, especialmente en las chicas.



En ANDALUCÍA tiene la segunda menor prevalencia de España 32.9% (solo superada por Canarias en una décima, 32.8%).

Mapa nº 1. Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2021.



Las mujeres estudiantes de 14-18 años fuman tabaco en mayor medida que los hombres. En Andalucía la prevalencia de mujeres estudiantes de 14-18 años fumadoras los últimos 30 días es del 24.9% por encima de los hombres estudiantes que es del 18.9%

Tabla 12. Prevalencias de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma, según sexo (%). España, 2021.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	29,4	37,0	23,1	30,9	18,9	24,9
Aragón	35,9	45,5	25,5	36,0	18,6	28,1
Asturias	31,7	34,6	27,6	28,2	20,2	21,5
Baleares	33,9	38,0	24,7	29,7	16,9	18,2
Canarias	32,0	33,6	23,3	23,5	16,8	16,7
Cantabria*	37,0	42,1	26,1	37,7	21,0	30,7
Castilla y León	41,9	45,0	34,3	36,9	27,2	28,4
Castilla la Mancha	36,8	42,7	30,0	33,3	24,3	28,1
Cataluña	38,1	42,2	29,5	35,9	22,6	27,1
C. Valenciana	38,4	45,1	29,6	37,0	22,8	28,3
Extremadura	38,8	47,2	30,1	38,4	24,6	30,5
Galicia	36,6	39,6	30,2	32,1	23,1	23,3
Madrid	33,6	45,0	25,2	37,5	19,4	31,8
Murcia	37,3	39,0	28,5	30,2	22,2	24,4
Navarra	39,8	45,3	33,9	39,1	26,7	31,6
País Vasco	37,0	43,9	29,1	38,2	22,9	27,1
Rioja*	32,2	38,6	26,7	32,2	19,8	24,3
Ceuta*	23,9	20,7	16,5	15,1	11,1	9,7
Melilla*	19,1	17,2	16,6	11,0	12,0	7,9
Total	35,1	41,5	27,3	34,2	21,2	26,7

Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

*Los valores de estas CCAA/CA deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño de la muestra.

- **EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO**
POBLACION 15 O MÁS AÑOS:

En España la edad media de inicio es a los 17.40 años, similar a la de Andalucía que es a los 17.12 (ENSE 2017):



En ANDALUCÍA (EAS 2015-16), en los mayores de 15 años, la edad media de inicio al consumo de tabaco fue de 17 años. Algo más elevada en mujeres (17,6 años) que hombres (16,4 años).

Según aumenta la edad, la media de inicio aumenta: 15,6 años de media para los jóvenes de 16 a 24 años y en torno a los 17 años de media para las personas de 65 a 74 años.

Los menores de 25 años siguen siendo los más precoces para empezar a fumar (15,6 años).

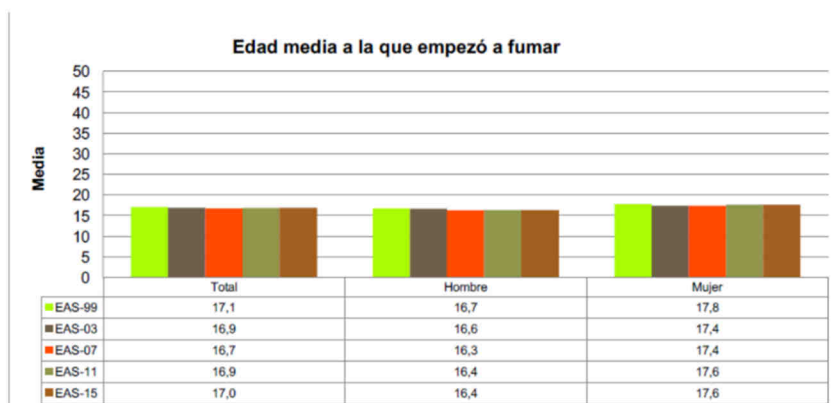


Ilustración 141. Edad media de inicio al consumo de tabaco por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

Málaga es una de las provincias donde se comienza antes a fumar (16.7 años).

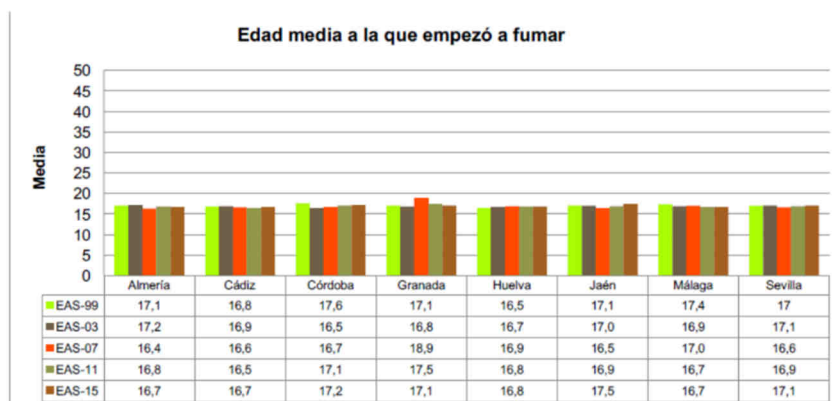


Ilustración 143. Edad media de inicio al consumo de tabaco por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

En Andalucía, tienen un inicio más temprano aquellos con estudios primarios o secundarios (16,9 años), ingresos inferiores a 1.500€ (16,9 años) y clase social más desfavorecida (16,8 años).

Según nivel socioeconómico, hasta 2011 no hubo muchos cambios, excepto en personas con ingresos superiores a 1.500€ y de clase media, donde la edad de inicio a fumar aumentó.

En cambio, en los últimos cuatro años se aprecia un descenso de la edad media de inicio en personas con ingresos superiores a 2.500€, con estudios universitarios y pertenecientes a las clases sociales más altas, siendo muy similares los porcentajes a años anteriores.

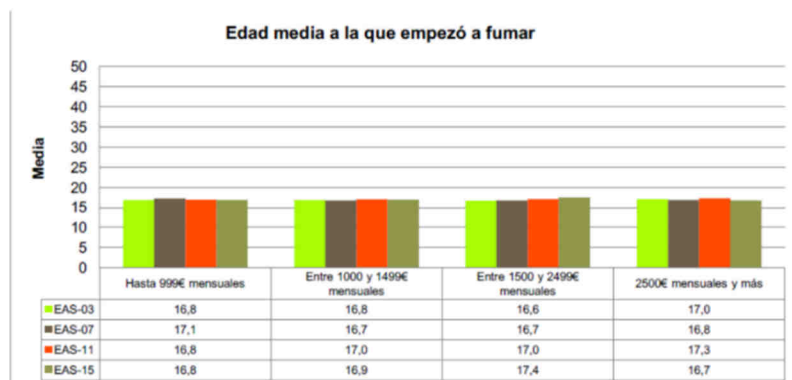


Ilustración 145. Edad media de inicio al consumo de tabaco por nivel de ingresos. Andalucía. Años 2003, 2007, 2011 y 2015.

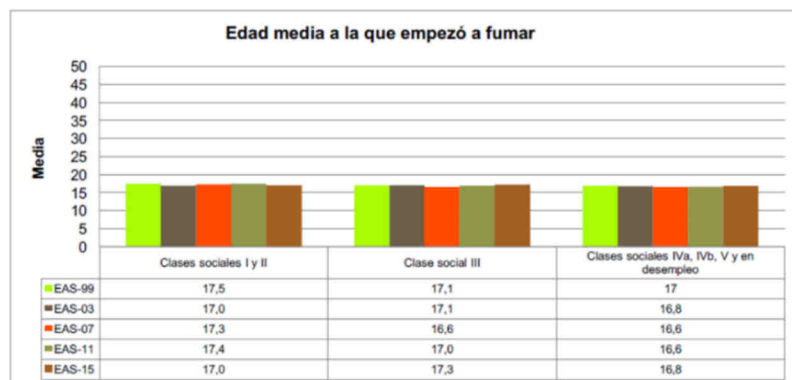


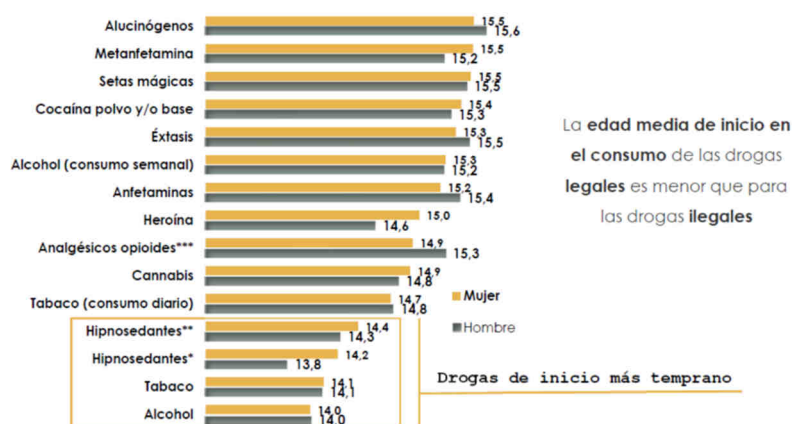
Ilustración 146. Edad media de inicio al consumo de tabaco por clase social. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015

POBLACION ESTUDIANTE DE 14-18 AÑOS. (ESTUDES 2021):

En España, la edad media del primer consumo sigue siendo la misma desde el 2016, no habiendo grandes diferencias según el sexo de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias.

El primer consumo de las sustancias psicoactivas con mayor prevalencia (alcohol y tabaco) se produce a la misma edad, tanto en hombres como en mujeres: 14,0 años en el caso de alcohol y 14,1 en tabaco.

Consumo diario: el inicio en el consumo diario de tabaco se retrasa ligeramente hasta los 14,7 años.



Por Comunidad Autónoma: la diferencia en la edad de inicio por comunidades es inferior a un año, y en todas transcurre menos de un año entre el primer consumo y la adquisición del hábito de fumar a diario.

En **ANDALUCIA** la edad media de inicio en la población de estudiantes de 14 a 18 años se sitúa en 13.9 y la edad media de inicio de consumo diario 14.9.

	Tamaño de muestra	Edad media inicio en el consumo de Tabaco	Edad media inicio en el consumo de Tabaco diario
Andalucía	2.659	14,3	14,9
Aragón	952	14,0	14,7
Asturias	789	14,4	15,0
Baleares	864	14,2	14,7
Canarias	1.150	14,2	14,9
Cantabria	609	14,0	14,6
Castilla y León	1.156	14,1	14,5
Castilla la Mancha	1.195	14,0	14,8
Cataluña	2.493	13,9	14,7
C. Valenciana	1.891	14,1	14,7
Extremadura	848	14,1	14,8
Galicia	1.244	14,1	14,7
Madrid	2.343	14,1	14,7
Murcia	1.131	14,1	14,9
Navarra	824	14,3	14,9
País Vasco	1.226	14,2	14,8
Rioja	451	14,1	14,6
Ceuta	251	14,3	14,3
Melilla	245	14,7	15,3
Total	22.321	14,1	14,7

FUENTE: OEDA, Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

POBLACION DE 11-18 AÑOS (HBSC 2018 ANDALUCIA)

¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas: fumar un cigarrillo (más que una calada)?

		Total	11 años o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Total		509	4,1%	8,0%	11,8%	21,5%	26,7%	16,2%	10,0%	1,6%
Sexo	Chico	225	5,3%	7,4%	13,4%	23,1%	23,8%	16,3%	9,4%	1,5%
	Chica	284	3,2%	8,5%	10,6%	20,3%	29,1%	16,1%	10,5%	1,7%
Grupo de edad	11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-16 años	173	2,7%	9,5%	17,9%	41,6%	26,7%	1,5%	0,0%	0,0%
	17-18 años	336	4,8%	7,2%	8,7%	11,2%	26,8%	23,7%	15,2%	2,4%
Grupo de edad por sexo	Chico 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 15-16 años	69	1,9%	12,4%	15,2%	44,8%	23,8%	1,9%	0,0%	0,0%
	Chico 17-18 años	155	6,7%	5,2%	12,6%	13,4%	23,7%	22,7%	13,5%	2,1%
	Chica 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 15-16 años	104	3,2%	7,6%	19,7%	39,5%	28,7%	1,3%	0,0%	0,0%
	Chica 17-18 años	181	3,1%	8,9%	5,4%	9,4%	29,3%	24,6%	16,6%	2,7%
Capacidad Adquisitiva Familiar	Bajo	106	1,3%	11,1%	18,3%	24,1%	17,7%	14,4%	13,1%	0,0%
	Medio	193	5,3%	7,2%	8,1%	18,9%	33,3%	17,8%	6,7%	2,5%
	Alto	109	2,8%	4,8%	12,3%	17,3%	28,2%	17,5%	17,0%	0,0%

- CONSUMO DIARIO MEDIO DE CIGARRILLOS**

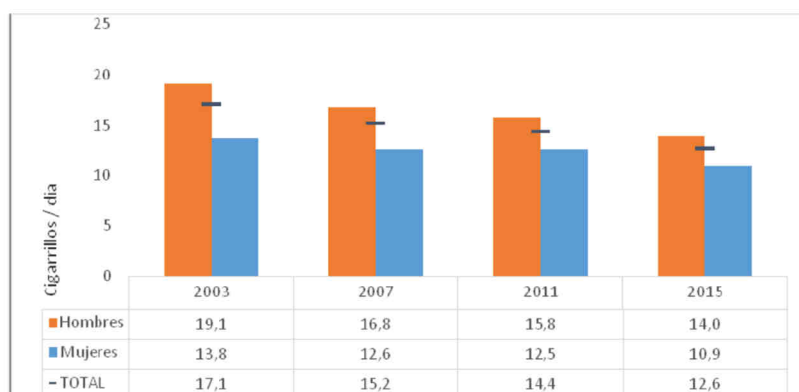
En ANDALUCIA (EAS 2015) la población fumadora consumía diariamente un promedio de 12,6 cigarrillos.

En los hombres es superior al de las mujeres (14 cigarrillos ellos, frente a casi 11 ellas).

Desde el año 2003 se ha producido una disminución continua del número medio de cigarrillos consumidos diariamente, tanto entre hombres como entre mujeres, que en total supone casi 5 cigarrillos diarios menos.

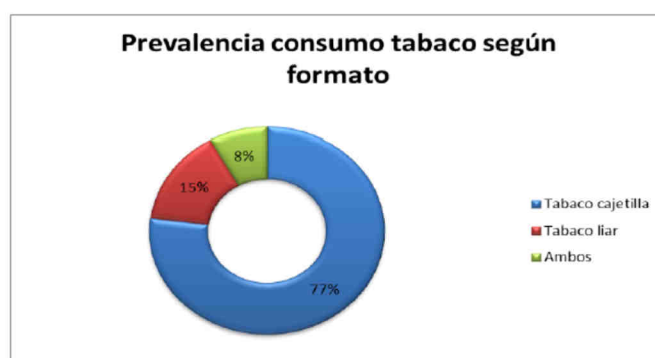
Por provincia, no se observan diferencias importantes en cuanto al consumo medio diario, es superior en hombres y el comportamiento en los últimos 12 años es similar, caracterizado por su progresiva disminución.

Figura 19: Evolución del consumo medio diario de cigarrillos. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015



- **TIPO DE PRODUCTO CONSUMIDO** (cigarrillos convencionales, de liar, electrónicos y cachimbas)
 - ✓ **CONSUMO DE CIGARRILLOS CONVENCIONALES Y DE LIAR**

En ESPAÑA según OEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías) en 2017 la gran mayoría de fumadores siguen siendo fieles a los cigarrillos de cajetilla (77,0%), frente al 15,4% que consume tabaco de liar y el 7,6% que fuma ambos.



- ✓ **CONSUMO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS**

ESPAÑA: El consumo diario de cigarrillos electrónicos y/o nuevos dispositivos de liberación de nicotina **es aún muy reducida en la población general (inferior al 3%)**, si bien se ha de mencionar que **más del 50% de la población joven ha probado alguna vez estos dispositivos**.

En la POBLACION ESTUDIANTE DE 14-18 AÑOS (ESTUDES 2021) El consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida es del 44.3%.

Al margen del grupo de edad, **los chicos manifiestan mayor prevalencia** que las chicas; logrando en 2019 las mayores diferencias respecto a las chicas (7,9 puntos porcentuales).

La prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos entre los estudiantes de 14 a 18 años se sitúa en el 22,8% en el último año y el 8,1% en el último mes, siendo en todos los casos mayor el consumo en los chicos.

En 2021 se produce una ruptura en la tendencia ascendente tras el crecimiento de 2019 con una reducción de 4,1 puntos porcentuales.

En ambos grupos, la **prevalencia de consumo más elevada se registra a los 18 años** (58,0% en hombres y 49,4% en mujeres).

Solo un **8,5%** de los que han fumado cigarrillos electrónicos manifiestan que su intención era reducir el consumo de tabaco o dejarlo, porcentaje ligeramente superior en los chicos (9,3% frente a 7,6%).

Tipo de cartucho más usado por estudiantes que vapean (usan cig. electrónicos) es el que **no contiene nicotina (60,7%)**. Los que prefieren con nicotina son el **14,9%**, y el **24,4%** restante utiliza cartuchos o líquidos de los dos tipos.

En ambos sexos predomina la utilización de cartuchos sin nicotina, pero son los chicos los que registran mayor porcentaje, siendo casi 2 de cada 3 los que realizan ese tipo de consumo (65,3%).

En cuanto a la edad, la **preferencia por los cartuchos con nicotina va escalando a medida que aumenta la edad de los alumnos**.

➤ **RELACION CONSUMO DE TABACO Y CIGARRILLOS ELECTRONICOS en población 14-18 AÑOS (ESTUDES 2021):**

En los diferentes periodos **más del 77%** de los estudiantes que han fumado tabaco reconocen haber vapeado. Mientras que en el caso de los que fuman a diario, el **87,8%** también ha consumido cigarrillos electrónicos.

Dentro del grupo de los fumadores de tabaco (independientemente del tramo temporal), aproximadamente el **40%** ha usado cigarrillos electrónicos con nicotina.

El vapeo sin nicotina entre los estudiantes que han fumado tabaco se encuentra en torno al 60%.

Entre los estudiantes que no son fumadores de tabaco, hay una mayor prevalencia de consumo del cigarrillo electrónico sin nicotina.

Consumo de cigarrillos electrónicos (CE)

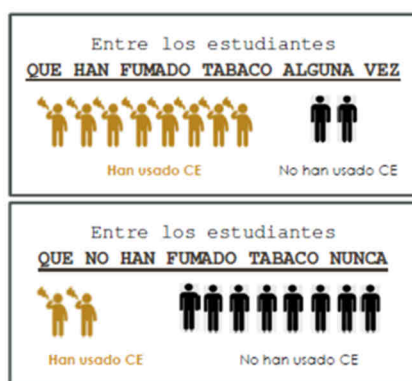
Perfil consumidores

14-18 años, últimos 12 meses

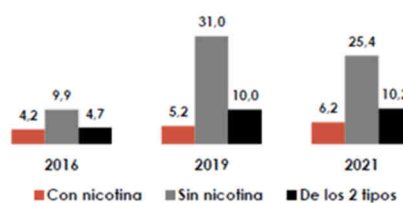
→ Sexo: 55,3% hombres

→ Padres les permiten fumar: 30%

(20,3% total estudiantes)



Tipos de CE alguna vez en la vida



Prevalencia CE últimos 30 días: 8,1%

Prevalencia CE últimos 12 meses: 22,8%

Prevalencia CE alguna vez en la vida: 44,3%



ESTUDES 2021. OEDA

ANDALUCÍA Tiene una prevalencia de consumo en la franja de fumar alguna vez mayor que la media española, con un 46,9%.

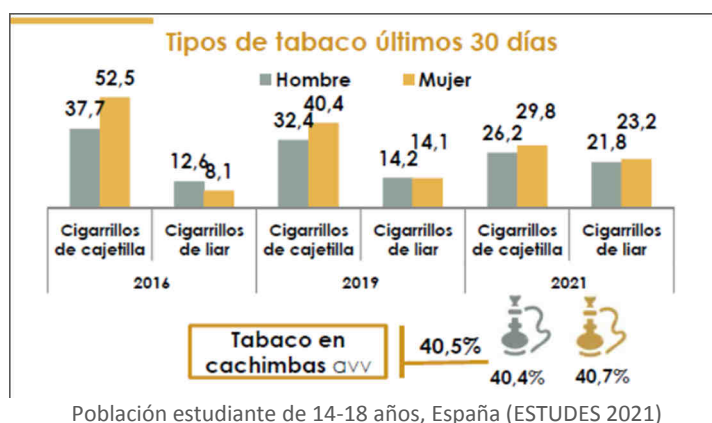
Mapa nº 7. Prevalencia de cigarrillos electrónicos en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2021.



En la mayoría de comunidades el consumo está más extendido entre los chicos que las chicas

➤ CONSUMO DE CACHIMBAS

En ESPAÑA, el 40.5% de la población estudianta de 14-18 años dice haber fumado tabaco en cachimbas en los últimos 30 días.



En España, el consumo en la POBLACION DE 15-18 AÑOS según el HBSC 2018:

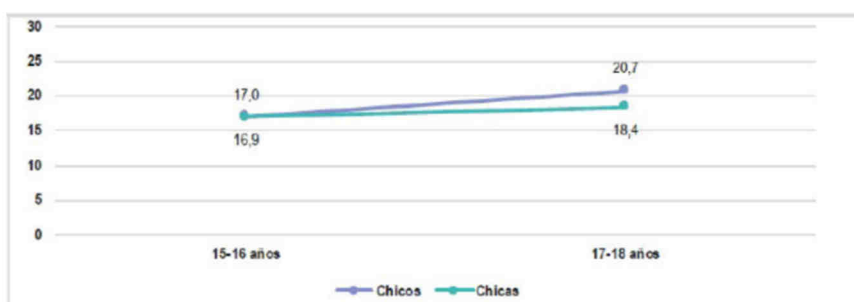
El 18.3 % de los adolescentes entre 15 y 18 años afirma haber fumado cachimba alguna vez en el último mes.

Según el sexo, este consumo es muy similar entre chicos (19,1%) y chicas (17,8%)

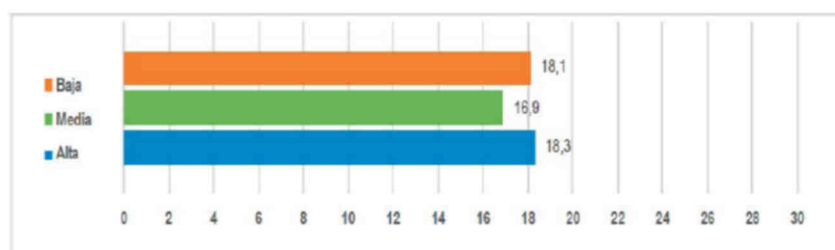
Según la edad, el consumo de cachimba es mayor en el grupo de 17-18 años (19,6%) que en el de 15-16 años (16,9%).

	Total		Sexo		Edad	
			Chico	Chica	15-16 años	17-18 años
	Muestra	%	%	%	%	%
No he fumado cachimba en el último mes	14291	81,6	81,0	82,3	83,0	80,4
Fumé cachimba menos de una vez a la semana	2038	11,6	11,5	11,8	10,6	12,5
Fumé cachimba al menos una vez a la semana, pero no a diario	1000	5,7	6,2	5,3	5,5	5,9
Fumé cachimba al menos una vez al día o la mayoría de los días	178	1,0	1,4	0,7	0,8	1,2

Al analizar los datos conjuntamente por sexo y edad no se observan diferencias entre los chicos y las chicas a los 15-16 años, pero sí se aprecia una ligera diferencia a los 17-18 años (chicos: 20,7% y chicas: 18,4%).



Según la capacidad adquisitiva familiar no se aprecian diferencias llamativas entre los tres niveles adquisitivos en el consumo de cachimba en el último mes: baja (18,1%), media (16,9%) y alta (18,3%).



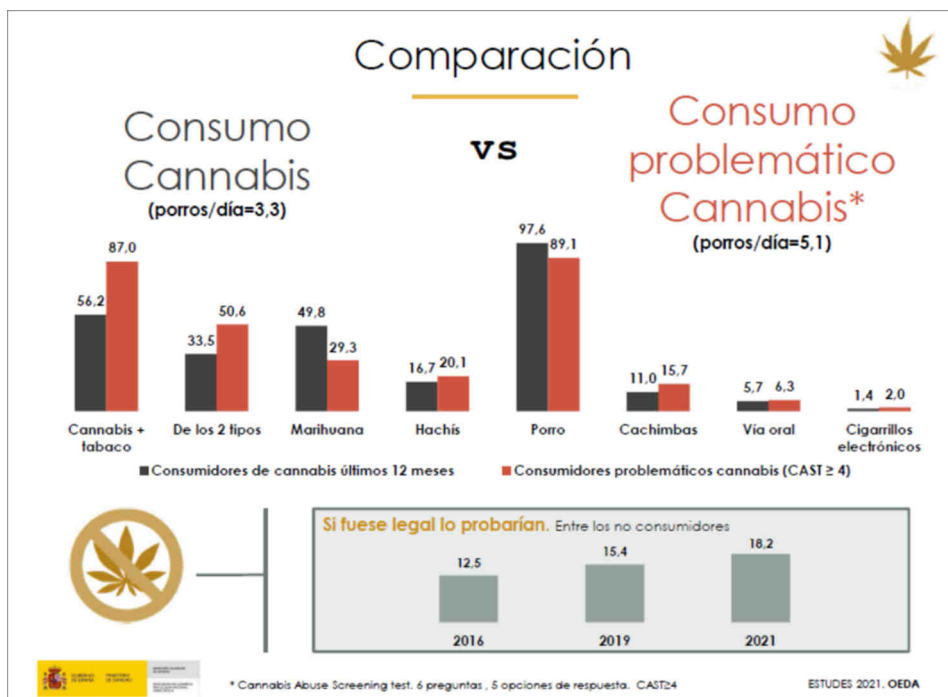
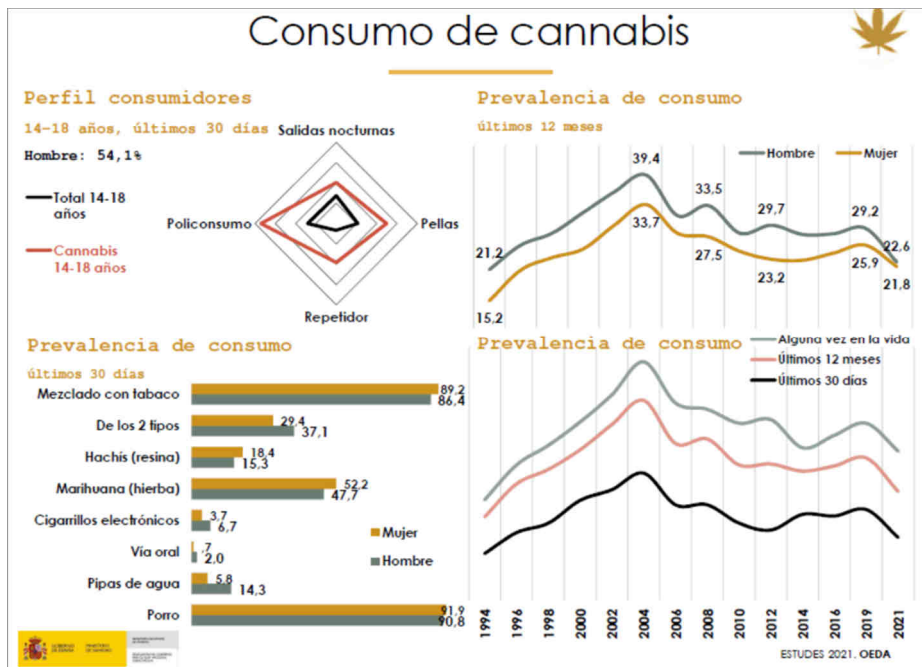
Para ANDALUCIA en la población 11-18 años (HBSC ANDALUCIA 2018)

¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas: fumar cachimba?

		Total	11 años o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Total		878	2,8%	6,2%	18,7%	25,2%	21,5%	18,5%	5,9%	1,2%
Sexo	Chico	409	4,8%	7,2%	17,7%	23,7%	21,4%	18,2%	5,3%	1,8%
	Chica	469	1,1%	5,4%	19,6%	26,4%	21,5%	18,8%	6,4%	0,7%
Grupo de edad	11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-16 años	370	3,4%	8,2%	31,6%	37,9%	17,0%	2,0%	0,0%	0,0%
	17-18 años	508	2,4%	4,8%	9,3%	15,9%	24,7%	30,6%	10,2%	2,1%
Grupo de edad por sexo	Chico 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 15-16 años	170	6,2%	7,4%	26,1%	37,4%	21,0%	1,9%	0,0%	0,0%
	Chico 17-18 años	239	3,7%	7,1%	11,8%	14,0%	21,7%	29,7%	9,1%	3,1%
	Chica 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 15-16 años	200	1,0%	8,9%	36,3%	38,3%	13,5%	2,0%	0,0%	0,0%
	Chica 17-18 años	269	1,2%	2,7%	7,2%	17,6%	27,5%	31,4%	11,2%	1,2%
Capacidad Adquisitiva Familiar	Bajo	185	2,3%	13,0%	15,7%	23,8%	20,4%	20,3%	3,5%	0,9%
	Medio	346	1,7%	3,8%	20,1%	26,0%	23,8%	16,8%	6,6%	1,2%
	Alto	179	4,3%	3,9%	21,7%	26,5%	17,0%	20,8%	4,9%	0,9%

➤ **CONSUMO DE TABACO Y CANNABIS:**

En España, el consumo en la POBLACION DE 15-18 AÑOS según el ESTUDES 2021:



➤ **CIGARRILLOS ELECTRONICOS Y CANNABIS** (patrones de conducta similares al tabaco):

El 78,7% de los estudiantes que declaran haber consumido cannabis alguna vez en su vida, han fumado cigarrillos electrónicos en algún momento.

Tan importante es conocer la prevalencia de consumo de diferentes sustancias, como la PERCEPCION que tienen DE RIESGO de problemas asociados a esos consumos de sustancias psicoactivas:

- Los alumnos que han vapeado alguna vez tienen una percepción de riesgo más baja en el consumo de tabaco y cannabis, respecto a los que nunca han usado cigarrillos electrónicos.

- Ante fumar un paquete de tabaco diario, la percepción de riesgo en los estudiantes es superior al 90%, independiente de si vapean o no.
- El 44,1% de los alumnos que han probado los cigarrillos electrónicos señala un riesgo importante ante el consumo esporádico de cannabis, subiendo hasta un 84,4% cuando el consumo es habitual.
- Entre los que nunca han fumado cigarrillos electrónicos, hay una mayor creencia de que estas prácticas pueden acarrear problemas (59,3% consumo esporádico y 92,3% habitual).
- Los estudiantes que han utilizado cigarrillos electrónicos en alguna ocasión creen que el acceso a sustancias como el tabaco o el cannabis es sencillo, en comparación a que aquellos que no han vapeado nunca.

Para ANDALUCIA en la población 11-18 años (HBSC ANDALUCIA 2018):

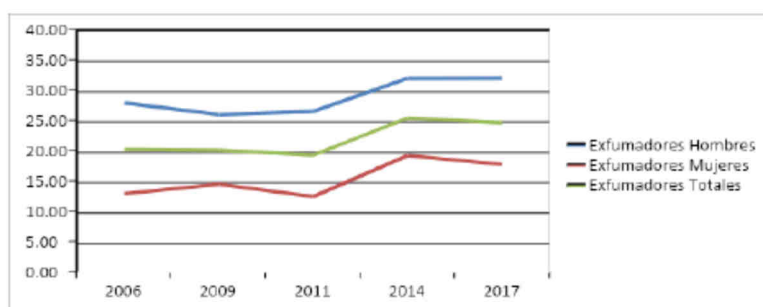
¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas: fumar o tomar cannabis?

		Total	11 años o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Total		265	0,3%	2,2%	7,1%	13,7%	29,8%	30,3%	14,9%	1,9%
Sexo	Chico	159	0,5%	3,6%	8,0%	13,7%	28,7%	27,3%	16,1%	2,1%
	Chica	106	0,0%	0,0%	5,7%	13,8%	31,4%	34,6%	13,0%	1,5%
Grupo de edad	11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-16 años	65	0,0%	5,1%	10,2%	27,5%	44,9%	12,2%	0,0%	0,0%
	17-18 años	200	0,4%	1,2%	6,1%	9,3%	24,9%	36,1%	19,7%	2,4%
Grupo de edad por sexo	Chico 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chico 15-16 años	44	0,0%	7,5%	10,4%	23,9%	43,3%	14,9%	0,0%	0,0%
	Chico 17-18 años	115	0,7%	2,1%	7,1%	9,8%	23,1%	32,1%	22,3%	2,8%
	Chica 11-12 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 13-14 años	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Chica 15-16 años	20	0,0%	0,0%	9,6%	35,5%	48,4%	6,5%	0,0%	0,0%
	Chica 17-18 años	85	0,0%	0,0%	4,7%	8,6%	27,3%	41,4%	16,1%	1,9%
Capacidad Adquisitiva Familiar	Bajo	47	0,0%	0,0%	12,1%	18,2%	27,5%	30,0%	8,6%	3,5%
	Medio	96	0,0%	1,5%	8,5%	15,4%	32,0%	26,6%	14,3%	1,7%
	Alto	65	0,0%	2,5%	2,0%	13,2%	31,1%	32,7%	18,4%	0,0%

B. ACTITUD ANTE EL TABAQUISMO: NO FUMADORES, EXFUMADORES, TABAQUISMO PASIVO, MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

En ESPAÑA en la población de 15 o más años (ENSE 2017):

- El porcentaje de personas exfumadoras aumenta en la última década.
- El número de exfumadores hombres es muy superior al de las mujeres (debido a su mayor prevalencia).
- En los hombres la tendencia tiende a estabilizarse, en las mujeres el número de exfumadoras parece desacelerarse en los últimos años



En ANDALUCIA en la población de 15 o más años. (EAS 2015-2016):

6 de cada 10 mujeres nunca han fumado. En hombres la proporción es de 4 de cada 10.

Son menores las diferencias por sexo entre los exfumadores, 3/10 hombres y 2/10 mujeres.

	TOTAL	FUMADOR DIARIO	FUMADOR OCASIONAL	EX FUMADOR	NUNCA HA FUMADO
HOMBRES					
TOTAL					
TOTAL	100,00	25,58	2,66	32,23	39,54
DE 15 A 24 AÑOS	100,00	19,96	3,60	6,71	69,73
DE 25 A 64 AÑOS	100,00	30,30	3,00	29,68	37,01
DE 65 Y MÁS AÑOS	100,00	12,62	0,90	56,62	29,86
MUJERES					
TOTAL					
TOTAL	100,00	18,76	2,04	18,02	61,18
DE 15 A 24 AÑOS	100,00	15,05	2,58	6,59	75,77
DE 25 A 64 AÑOS	100,00	24,54	2,54	22,53	50,39
DE 65 Y MÁS AÑOS	100,00	4,81	0,44	10,98	83,77

El 43,5% de los andaluces fumadores ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión. Un 44,2% de las mujeres y el 43% de los hombres.

Superior para personas mayores de 75 años (54,3%) y con edades comprendidas entre 55 y 64 años (52,2%).

Los más jóvenes fueron los que menos lo intentaron (30% de 16 a 24 años).

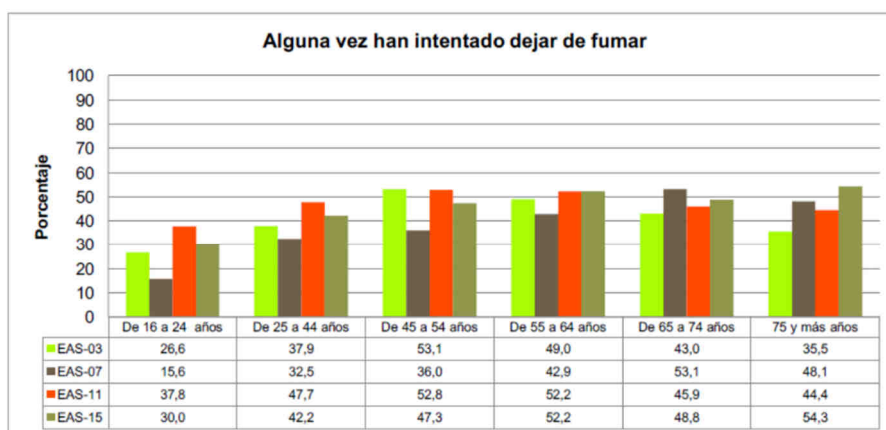


Ilustración 148. Porcentaje de personas fumadores que alguna vez han intentado dejar de fumar por edad. Andalucía. Años 2003, 2007, 2011 y 2015.

MÁLAGA el 36.7% de la población fumadora en 2015.

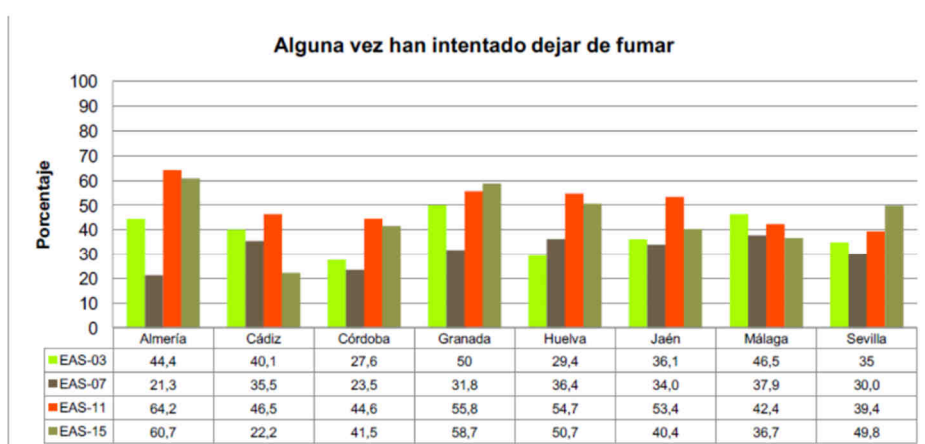


Ilustración 149. Porcentaje de personas fumadores que alguna vez han intentado dejar de fumar por provincias. Andalucía. Años 2003, 2007, 2011 y 2015.

En cuanto al perfil según estudios y nivel socioeconómico en Andalucía existe una clara desigualdad social:

- **2015: el 44,1% de las personas con estudios universitarios se han planteado dejar el tabaco en alguna ocasión, seguidos de las personas con estudios secundarios (43,8%) y estudios primarios (43,1%).**
- **Las personas con ingresos superiores a 2.500€ mensuales fueron quienes intentaron dejar el consumo de tabaco en alguna ocasión en mayor proporción (58,3%), seguidas de las de ingresos entre 1.500€ y 2.499€ mensuales (47,6%). Los que menos fueron aquellos con ingresos inferiores a 1.499€ (alrededor del 40%).**
- **Los andaluces de clases sociales más altas obtuvieron el porcentaje mayor que intentó dejar de fumar (57,3%), seguidos de la clase social III (47,7%) y las clases sociales más desfavorecidas (43,5%).**

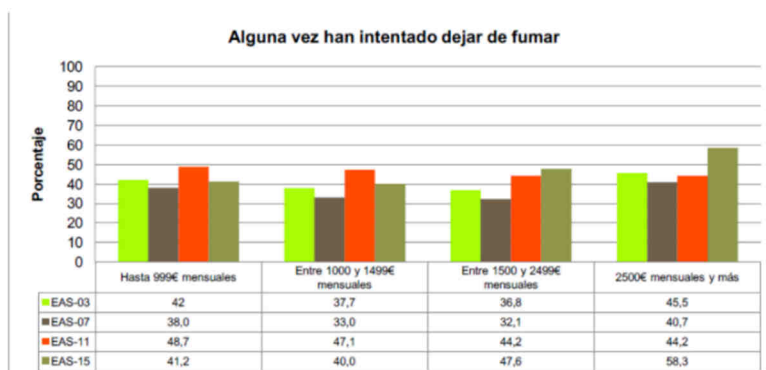


Ilustración 151. Porcentaje de personas fumadoras que alguna vez han intentado dejar de fumar por nivel de ingresos. Andalucía. Años 2003, 2007, 2011 y 2015.

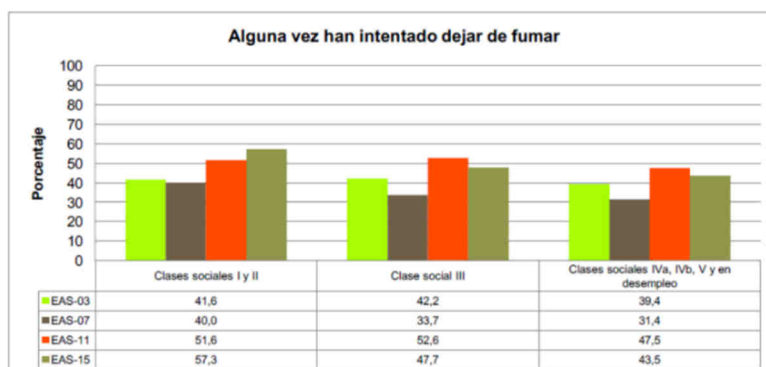


Ilustración 152. Porcentaje de personas fumadoras que alguna vez han intentado dejar de fumar por clase social. Andalucía. Años 2003, 2007, 2011 y 2015.

✓ **TABAQUISMO PASIVO en el hogar**

En España en 2017, la población que refirió no haber estado expuesta nunca o casi nunca al humo del tabaco en lugares cerrados fue algo mayor que en 2014 (86,2% frente a 84,5%).

En 2015-2016, El 26% de la población residente en Andalucía fue fumadora pasiva en el hogar, más las mujeres (27,2%) que los hombres (24,8%); y más los jóvenes (38,2%).

La exposición al humo disminuye según aumenta la edad (8,7% personas de más de 75 años).

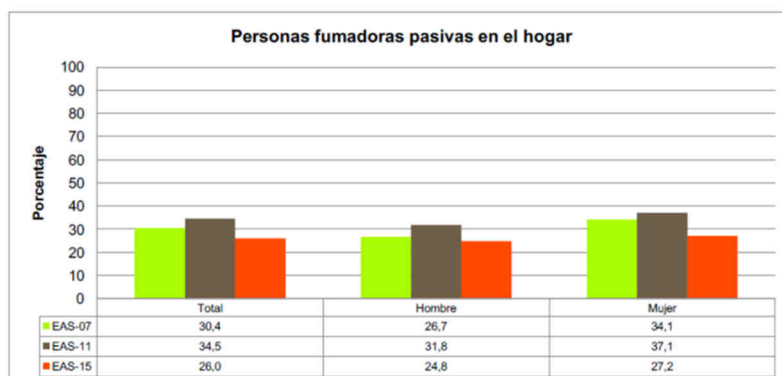


Ilustración 262. Porcentaje de personas fumadoras pasivas en el hogar por sexo. Andalucía. Años 2007, 2011 Y 2015.

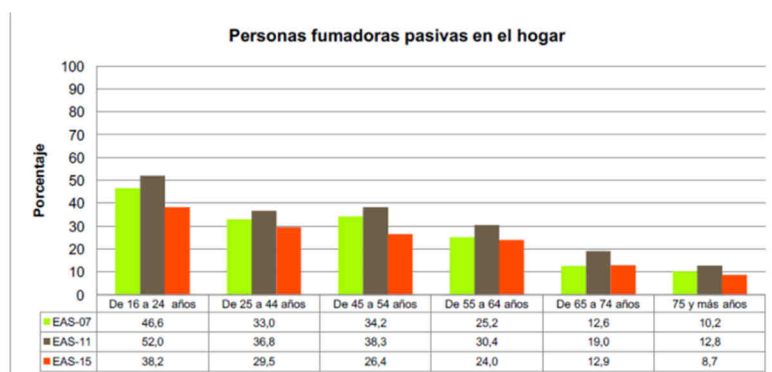


Ilustración 263. Porcentaje de personas fumadoras pasivas en el hogar por edad. Andalucía. Años 2007, 2011 Y 2015.

MÁLAGA tiene un **28.8%** de fumadores pasivos.

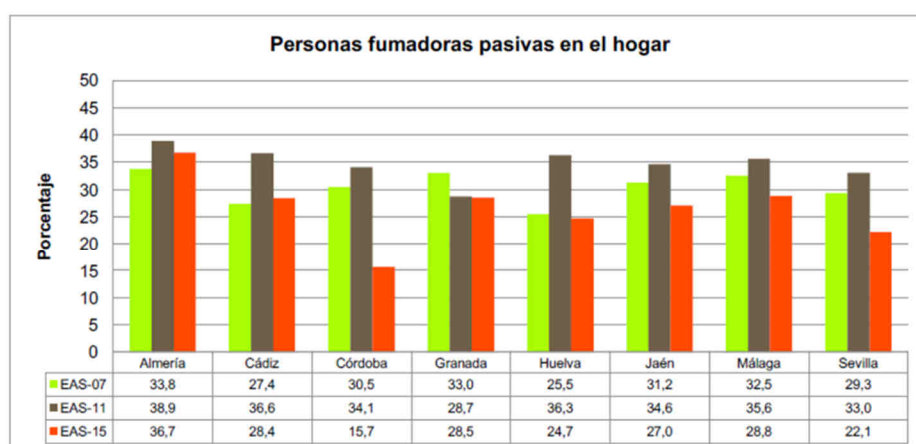


Ilustración 264. Porcentaje de personas fumadoras pasivas en el hogar por provincias. Andalucía. Años 2007, 2011 Y 2015.

Los residentes en Andalucía con estudios secundarios (28,6%) fueron los que más expuestos estuvieron al humo del tabaco en sus hogares, seguidos de los que tenían estudios primarios (25,7%) y estudios universitarios (21%).

En cuanto al nivel de ingresos mensuales: menor porcentaje de personas fumadoras pasivas en rentas inferiores a 1.000€ (25,6%). El resto presentó frecuencias ligeramente superiores al 26%.

Los valores más elevados se encontraron en las clases sociales más desfavorecidas (26,9%), seguidas de las clases más altas (22,3%) y la clase media (20,9%).

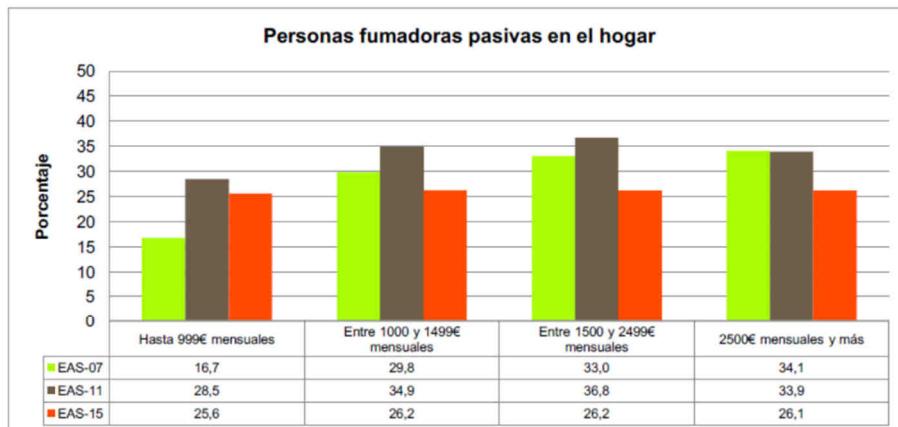


Ilustración 266. Porcentaje de personas fumadoras pasivas en el hogar por nivel de ingresos. Andalucía. Años 2007, 2011 Y 2015.

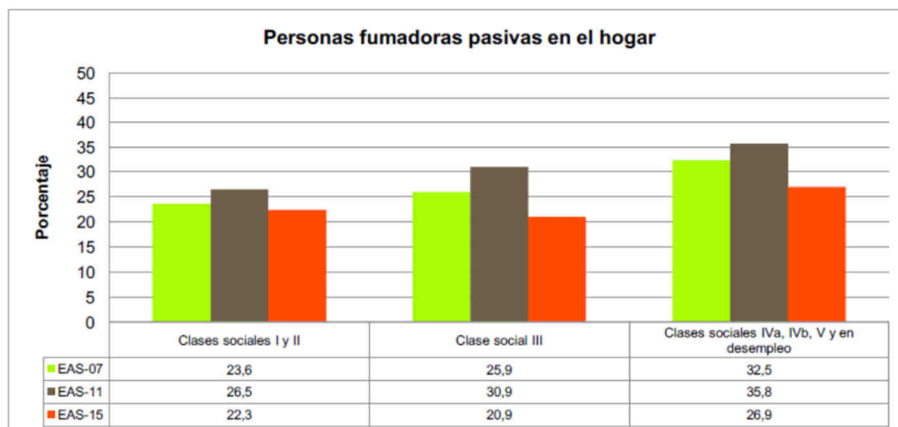


Ilustración 267. Porcentaje de personas fumadoras pasivas en el hogar por clase social. Andalucía. Años 2007, 2011 Y 2015.

✓ TABAQUISMO PASIVO entre semana y fin de semana fuera del hogar:

Un 6,3% permaneció en ambientes cargados de humo de 1 a 4 horas diarias, y un 2,4% pasó más de 4 horas.

En general, los andaluces estuvieron más expuestos a ambientes cargados de humo en fin de semana que durante la semana (de 1 a 4 horas: un 7,9% en fin de semana y más de 4 horas: un 3,6% en fin de semana).

El mayor porcentaje de fumadores pasivos tanto entre semana como en fin de semana se observó entre los más jóvenes.

Málaga tiene los valores más altos de fumadores pasivos durante el fin de semana (14,8% de personas expuestas de 1 a 4 horas y 9% más de 4 horas).

Los andaluces con nivel socioeconómico más desfavorable estuvieron expuestos al humo del tabaco entre semana en mayor porcentaje, mientras que aquellos que tenían una situación socioeconómica más favorable lo estuvieron más en el fin de semana.

• MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR

En Andalucía (EAS 2015): EL **86%** de las personas exfumadoras declara que **abandonó el hábito tabáquico por motivos personales** y solo el **13,6%** manifiesta que **el motivo para dejar de fumar fue por consejo médico**. Esta **diferencia es más acentuada en mujeres** que en hombres.

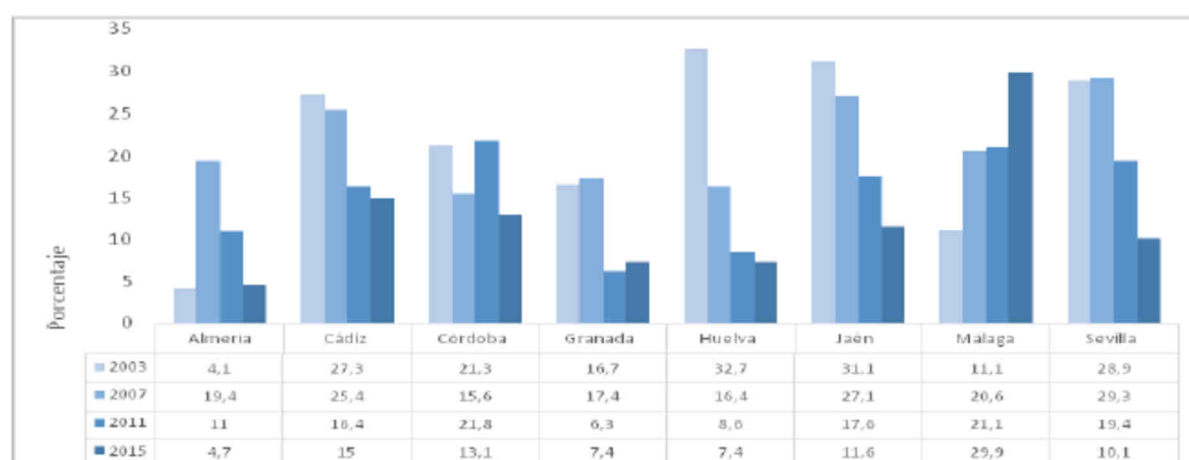
Entre los principales motivos personales aducidos para dejar de fumar cabe destacar por propia voluntad (46,4% de los casos) y por sentir molestias a causa del tabaco (11,9%).

Tabla 1: Motivos de abandono del tabaco por decisión personal. EAS 2015.

	Hombres %	Mujeres %	Total %
Me lo aconsejó el médico	16,6	8,0	13,6
Sentía molestias por causa del tabaco	11,7	12,2	11,9
Aumentó mi preocupación por sus efectos nocivos	8,2	6,1	7,4
Sentí que disminuía mi rendimiento psíquico o físico	3,6	3,3	3,5
Lo decidí por propia voluntad	43,1	52,6	46,4
Otros motivos	2,8	5,5	3,8
NS/NC	14,0	12,2	13,3

Hay una importante desigualdad territorial. En **MÁLAGA** un **30% de las personas manifiestan que han abandonado el tabaco por consejo médico**, mientras que en otras provincias (como Almería, Granada o Huelva) se observan valores muy inferiores, en torno a 5%-7%.

Figura 22: Evolución del consejo médico como motivo de abandono del tabaco, por provincias. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015



C. ATENCION SANITARIA A PERSONAS FUMADORAS DESDE LAS UUGC DE ESTEPONA:

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población. Los Centros de salud de Estepona y La Lobilla ofrecen todos ellos en su cartera de servicios.

- **REGISTRO DEL HÁBITO TABÁQUICO DE PERSONAS ATENDIDAS**

Es fundamental **para identificar la necesidad de tratamiento de tabaquismo y en los servicios sanitarios se efectúa sistemáticamente.**

Este registro va en aumento año tras año: Según datos del PITA (Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía), **en 2020 en Andalucía hay registrados 1.876.497 hábitos tabáquico.**



- **ATENCIÓN A PERSONAS FUMADORAS: PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA**

- ✓ **CONSEJO MÉDICO PARA DEJAR DE FUMAR (INTERVENCION BÁSICA):**

La Intervención Básica es una intervención oportunistas (aprovechando el motivo por el que la persona acude a consulta), es un consejo breve, personalizado, firme y motivador, del profesional sanitario a la persona fumadora para que deje de fumar.

El 37% de los residentes en Andalucía recibieron por parte de su médico consejo para dejar de fumar (al 35,9% de los hombres y al 38,4% de las mujeres).

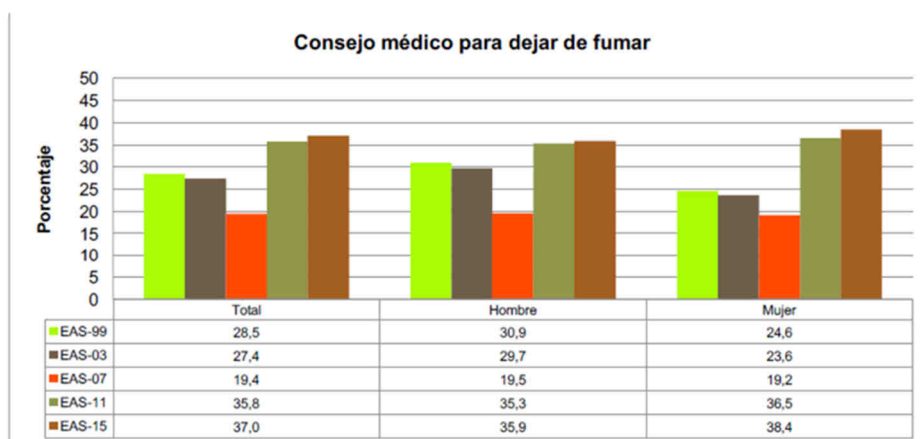


Ilustración 249. Porcentaje de personas fumadoras que han recibido consejo médico para dejar de fumar por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015.

Conforme aumenta la edad, se incrementa el porcentaje de personas cuyos médicos les aconsejan dejar de fumar: el mayor porcentaje en los de más de 75 años (64,7%).

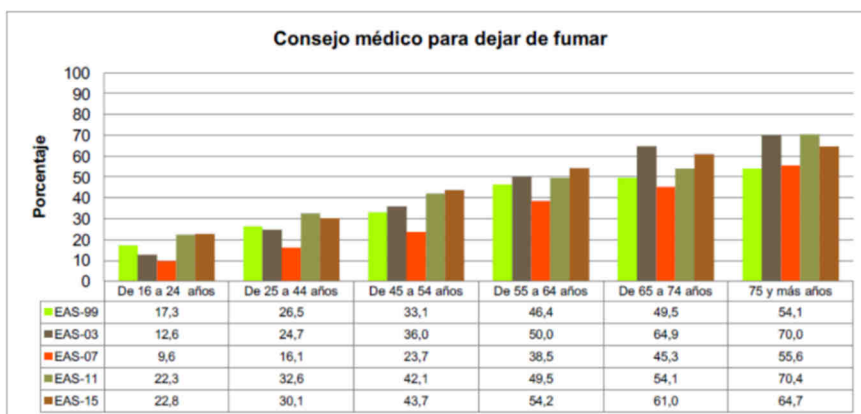


Ilustración 250. Porcentaje de personas fumadoras que han recibido consejo médico para dejar de fumar por edad. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015.

En **MÁLAGA** los médicos aconsejaron dejar de fumar a un **34.4%** de fumadores.

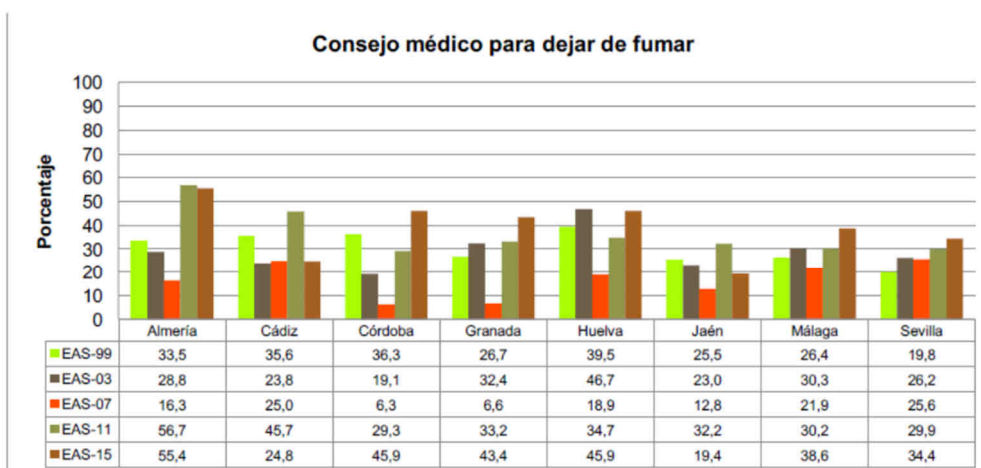


Ilustración 251. Porcentaje de personas fumadoras que han recibido consejo médico para dejar de fumar por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015.

Según el nivel de estudios e ingresos, en Andalucía el mayor porcentaje se encontró en aquellos con estudios primarios, e ingresos mensuales inferiores a 1.000€ o de 2.500€ o más.

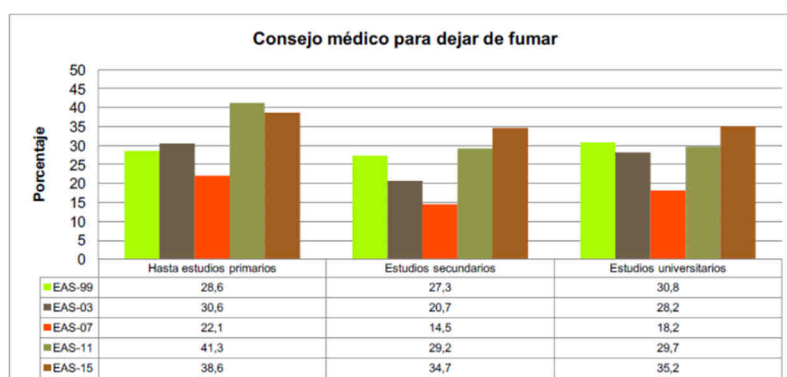


Ilustración 252. Porcentaje de personas fumadoras que han recibido consejo médico para dejar de fumar por nivel de estudios. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015.

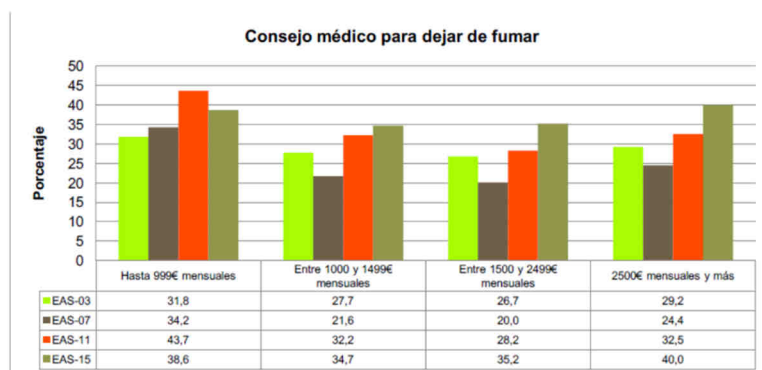


Ilustración 253. Porcentaje de personas fumadoras que han recibido consejo médico para dejar de fumar por nivel de ingresos. Andalucía. Años 2003, 2007, 2011 Y 2015.

Las clases sociales media y baja tuvieron el mayor porcentaje de personas a las que su médico les había recomendado dejar de fumar.

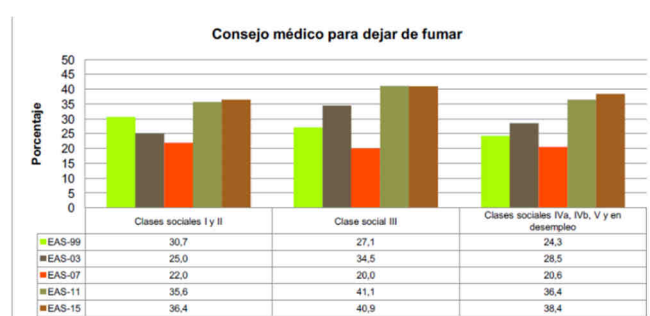


Ilustración 254. Porcentaje de personas fumadoras que han recibido consejo médico para dejar de fumar por clase social. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 Y 2015.

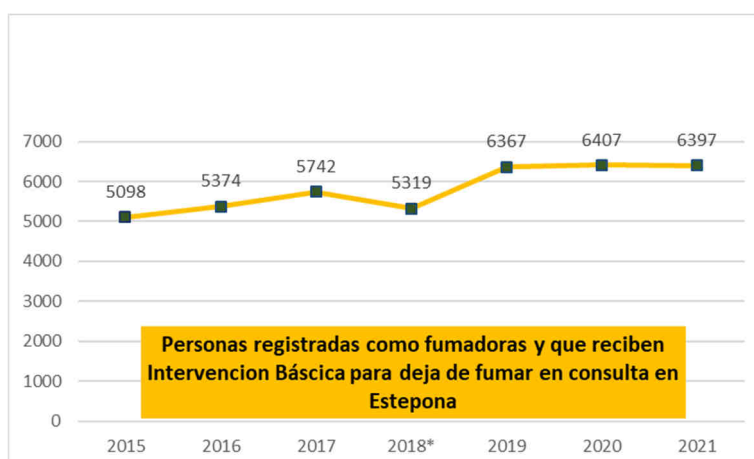
ESTEPONA:

Según datos extraídos de la BPS existe un riesgo incrementado de dependencia del tabaco respecto a población de referencia andaluza.

La prevalencia de la dependencia del tabaco es mayor en la UGC de la Lobilla (57,6) que en la UGC de EO (48). La UGC supera en 2021 la prevalencia del conjunto del D.S. CSol (50,2) y de Andalucía (44,9).

Si consideramos según la siguiente gráfica, los datos de DIABACO (DIRAYA), extraídos por sistemas de información del Distrito, el registro de personas fumadoras en consulta ha ido aumentando desde 2015.

En 2021, de los 59875 registros de personas con el hábito tabáquico realizados por los profesionales sanitarios en el Distrito Costa del Sol, 6.397 residen en el municipio de Estepona.



*dato ene-sept

Por UGC:

REGISTRO DE PERSONAS FUMADORAS _ INTERVENCIÓN BÁSICA				
	UGC ESTEPONA OESTE	UGC LA LOBILLA		TOTAL MUNICIPIO ESTEPONA
AÑO	ESTEPONA OESTE	LA LOBILLA	CANCELADA	TOTAL ESTEPONA
2015	1952	2.888	258	5098
2016	2119	2971	284	5374
2017	2351	2974	417	5742
2018*	2448	2868	3	5319
2019	2808	2962	597	6367
2020	2851	2955	601	6407
2021	2851	2938	608	6397

*dato enero-sept

En 2021 se realizaron 6.397 registros de personas fumadoras en Estepona.

Existe un mayor registro en la UGC de La Lobilla (3546) que en la de Estepona Oeste (2851), lo que indica una mayor identificación de personas fumadoras que reciben intervención básica por su médico.

✓ INTERVENCIÓN AVANZADA PARA DEJAR DE FUMAR

La intervención avanzada, trabaja de forma intensiva con la persona para acompañarla en su proceso de dejar de fumar.

Tanto la intervención individual como la grupal constituyen un programa de intervención avanzada multicomponentes que combinan tanto el abordaje cognitivo-conductual para trabajar la dependencia psicológica y social del tabaco, como el tratamiento farmacológico para trabajar la dependencia física a la nicotina.

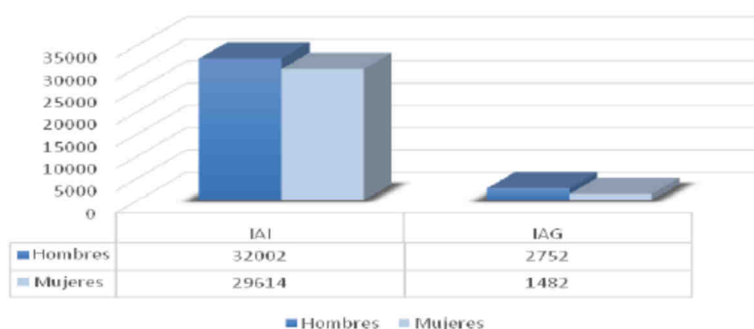
La intervención individual se realiza en la propia consulta e incluye varias consultas programadas, antes, durante y después de dejar de fumar.

La intervención grupal se realiza en sesiones de aproximadamente de 1.5-2 horas de duración, un día por semana durante 6 semanas, 3 sesiones antes de dejar de fumar y otras 3 tras dejar de fumar. En cada una de ellas se abordan temas relacionados con el consumo de tabaco, la dependencia psicológica, la social, el tratamiento farmacológico, herramientas cognitivo conductuales para afrontar las situaciones de riesgo de recaída, etc.

Tanto la intervención avanzada individual (IAIT) como la intervención avanzada grupal en tabaquismo (IAGT) requieren sesiones de seguimiento para prevención de recaídas al menos a los 3, 6 y 12 meses.

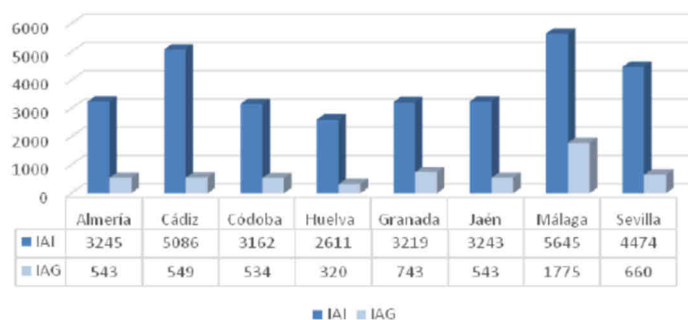
ANDALUCIA: Según datos del PITA, extraídos de MTI citas de DIRAYA, en 2020 se atendieron 65.850 personas fumadoras:

Intervención avanzada individual/grupal 2020



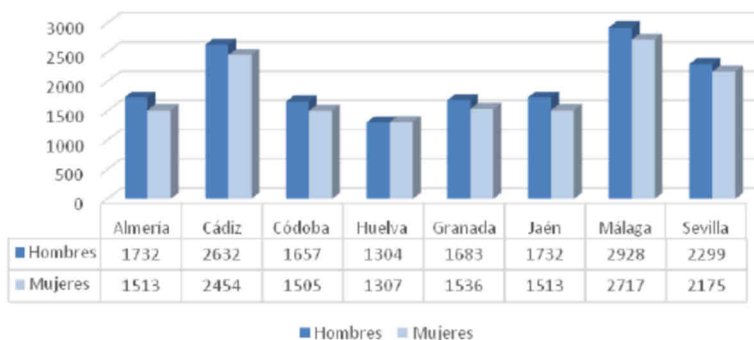
Destaca con mayor número de intervenciones la Provincia de **MÁLAGA** en la que 5.645 personas fumadoras fueron atendidas y recibieron una Intervención Avanzada Individual en Tabaquismo (IAIT) y 1775 acudieron a intervención grupal (IAGT)

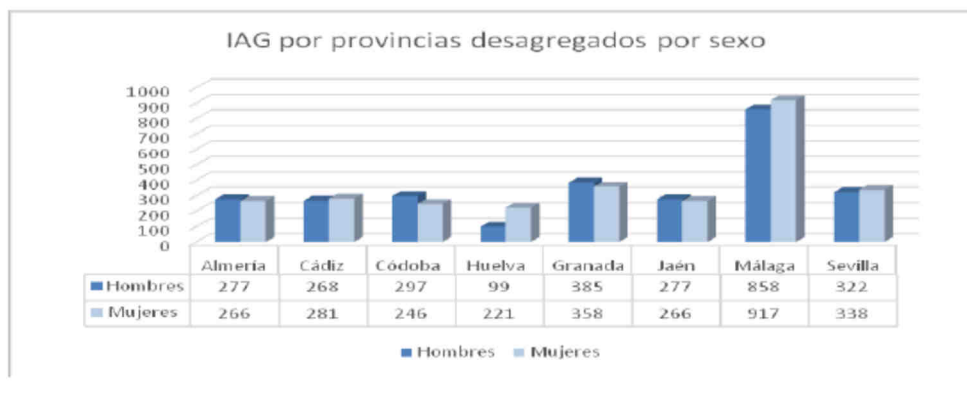
Intervención avanzada individual/grupal por provincias



Aunque hay pocas diferencias parece que los hombres acuden más a atención individual (2.928) y las mujeres a la grupal (917).

IAI por provincia desgregado por sexo

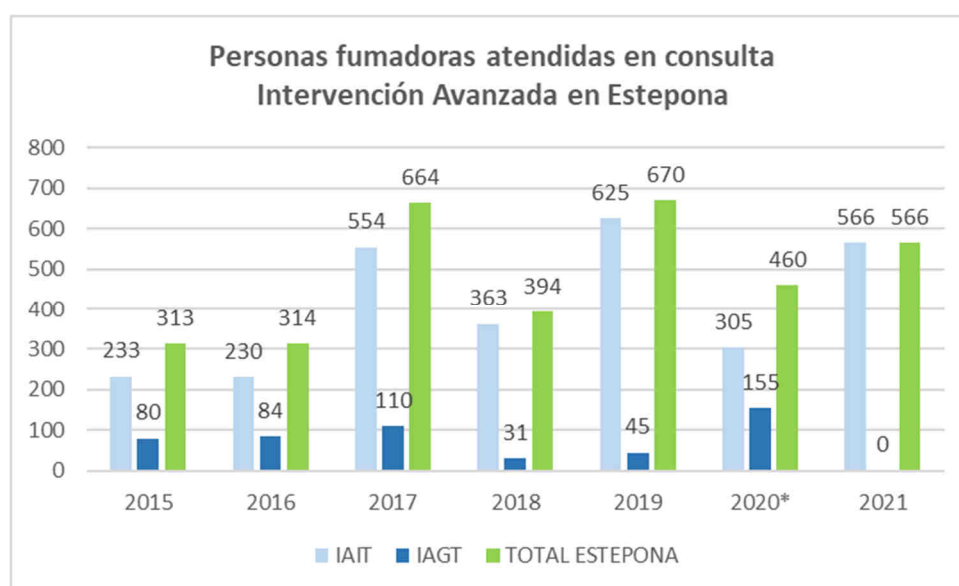




ESTEPONA

En cuanto a los fumadores que deciden realizar un intento para dejar de fumar y solicitan intervención avanzada (individual o grupal). Según datos de **MTI CITAS de DIRAYA**, que se muestra en el gráfico más abajo, el registro de personas fumadoras que tuvieron cita para realizar Intervención Avanzada, Individual (IAIT) o Grupal (IAGT), ha ido aumentando desde 2015 hasta **2019 en que casi 700 personas fumadoras residentes en Estepona acudieron a su centro de salud para dejar de fumar, realizando una intervención avanzada.**

Aunque en 2020-2021 hay una caída de las intervenciones por la pandemia COVID_19 que obligó a suspender actividades y consultas, en **2021 en el Distrito Sanitario se realizaron 2693 intervenciones avanzadas para dejar de fumar, de las que 566 pertenecen a residentes de Estepona.**



*2020 datos de enero a octubre.

Por UGC: en 2021 se realizaron más intervenciones para dejar de fumar en la UGC de La Lobilla (375) que en la de Estepona Oeste (191).

Sin embargo, según la población BDU de una y otra zona, y la población que se estima que pueda ser fumadora según la EAS (28% de la población mayor de 16 años), se estima que puede haber más fumadores en la UGC de Estepona que en la UGC de la Lobilla. **Podríamos decir que puede haber más fumadores entre los usuarios de la UGC de Estepona; y sin embargo hay mayor detección de personas fumadoras, que por tanto reciben más intervenciones avanzadas, entre los usuarios/as de la UGC de La Lobilla; bien porque**

acuden más solicitando ayuda para dejar de fumar, o bien porque los profesionales sanitarios de dicho centro están más sensibilizados con el abordaje del tabaquismo.

REGISTRO PERSONAS FUMADORAS QUE REALIZAN EN CONSULTA INTERVENCION AVANZADA									
AÑO	UGC ESTEPONA OESTE		UGC LA LOBILLA				TOTAL MUNICIPIO ESTEPONA		
	IAIT	IAGT	IAIT	IAGT	IAIT	IAGT	IAIT	IAGT	TOTAL ESTEPONA
2015	72	39	160	41	1		233	80	313
2016	73	34	156	50	1		230	84	314
2017	188	38	341	72	25		554	110	664
2018	159	31	204				363	31	394
2019	163	41	462	4			625	45	670
2020*	131	27	172	118	2	10	305	155	460
2021	191		375				566	0	566

*dato de enero-octubre

✓ PRESCRIPCIÓN FINANCIADA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

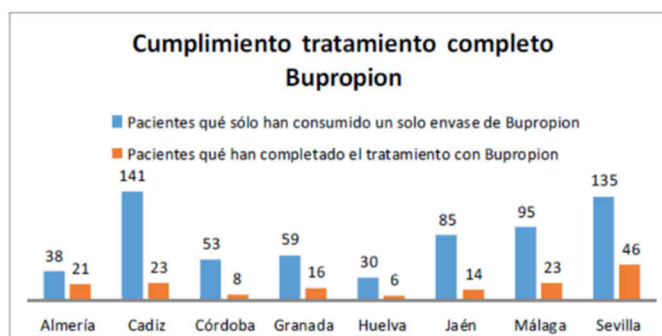
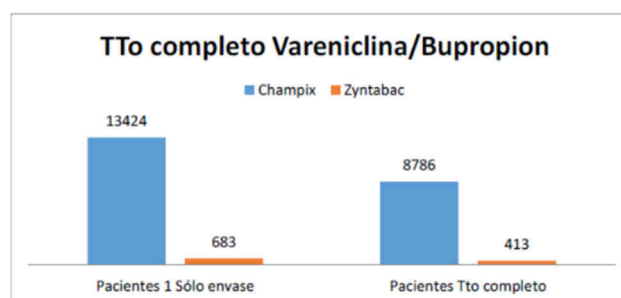
A todos los fumadores motivados y preparados para dejar de fumar se les debe aconsejar tratamiento farmacológico para aliviar la dependencia física por nicotina siempre y cuando además reciban conjuntamente un abordaje cognitivo-conductual para la dependencia psíquica y social que pudieran presentar (grado de evidencia A).

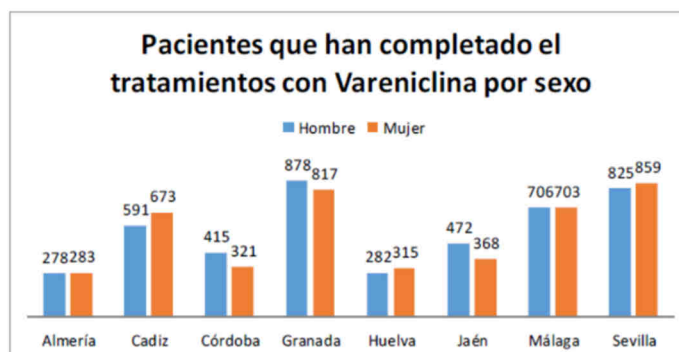
La eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar está claramente establecida y actualmente, el SSPA ha puesto en marcha bajo determinados criterios la posibilidad de financiación.

Los tratamientos financiados son el bupropion (Zyntabac) y vareniclina (Champix).

Según datos del PITA, en 2020 en **ANDALUCÍA** el porcentaje de cumplimiento de la pauta completa de tratamiento ha sido del 60.47% en el caso del bupropion, y del 65.45% en el del vareniclina.

Figura 31. Cumplimiento de pauta completa bupropion/vareniclina 2020





En 2020, en **MÁLAGA** igual que en el resto de provincias la prescripción de vareniclina es más frecuente que de bupropión.

- **RED LOCAL DE ATENCIÓN AL TABAQUISMO DSAP COSTA DEL SOL**

La Red Local de Atención al Tabaquismo está integrada por **profesionales sanitarios de los centros de salud del Distrito Sanitario y de Asociaciones e Instituciones Comunitarias de la Costa del Sol que trabajan en Tabaquismo**, para con una coordinación intersectorial dar mayor cobertura y accesibilidad a toda la población fumadora que se plantee dejar de fumar. En esta Red se ha compartido la **atención a la persona fumadora, la formación de los profesionales y la prevención y promoción de la salud**.

En 2008 más de 30 profesionales formaban parte de esta Red. Y desde 2008 en adelante en todos los centros de salud se ha llevado a cabo junto a la atención individual, el programa grupal para dejar de fumar.

En **ESTEPONA**: los centros de salud de la Lobilla y Estepona Oeste han contado con dos profesionales de ambas categorías (medicina y enfermería) como responsables del programa de atención en el centro y ofertando en Cartera de Servicios la intervención avanzada individual y grupal, colaborando en todo momento con los profesionales del centro de comarcal de drogas del Ayuntamiento Estepona.

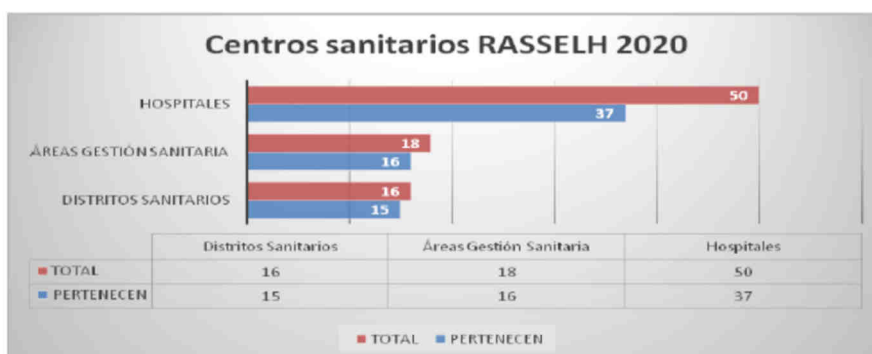
- **RED ANDALUZA DE SERVICIOS SANITARIOS Y ESPACIOS LIBRES DE HUMO (RASSELH) Y PERTENENCIA DE LAS UGC ESTEPONA Y LA LOBILLA.**

Integrada en la iniciativa (independiente y sin ánimo de lucro) de la Global Network for Tobacco Free Health Care Services (GNSH-Global) y cuyo objetivo es desarrollar estrategias activas comunes de los servicios sanitarios en el control y la prevención del tabaquismo.

La Red Andaluza aglutina a instituciones, organizaciones y asociaciones para promover en Andalucía los estándares de control de tabaquismo definidos (GNSH-Global). Aunque en sus inicios sólo participaban Hospitales, **en la actualidad el número total de Centros sanitarios y organizaciones que pertenecen a la RASSELH es de 447.**

La participación está basada en cuatro niveles de acreditación (miembro, bronce, plata y oro) según el nivel obtenido.

En 2015 el Distrito Costa del Sol se adhiere como miembro a la RASSELH:



ESTEPONA: Desde 2015 los centros de salud de Estepona pertenecen a la RASSELH.

En 2018 la UGC de la Lobilla alcanzó el Nivel Plata. La UGC de Estepona Oeste, Nivel Miembro.

Unidad de Gestión Clínica Atención Primaria		Miembro	Bronce	Plata	Oro
Estándares Niveles		ó	ó	ó	ó
Estándar 1: Gobernanza y compromiso		ó	ó	ó	ó
Estándar 2: Comunicación		ó	ó	ó	ó
Estándar 3: Formación y entrenamiento	Formación Básica		75%	80%	100%
	Formación Avanzada		25% profesionales UGC	60% Profesionales UGC	100%
Estándar 4: Identificación, diagnóstico y Apoyo a la Deshabituación Tabáquica			Procedimiento identificación fumadores	Procedimiento identificación fumadores	Procedimiento identificación fumadores
			Intervención avanzada 15%	Intervención avanzada >25%	Intervención avanzada >30%
			Agendas Salud Responde	Agendas Salud Responde	Agendas Salud Responde
				Registro de necesidades en planes de cuidados	Registro de necesidades en planes de cuidados
Estándar 5: Ambiente libre de humo			Mejorable	Bueno	Muy Bueno
				Implantación Procedimiento de Sanciones	Implantación Procedimiento de Sanciones
Estándar 6: Promoción de Salud en los Lugares de Trabajo			Protocolo de intervención en PSLT	Protocolo de intervención en PSLT	Protocolo de intervención en PSLT
				Implantación Procedimiento de sanciones administrativas	Implantación Procedimiento de sanciones administrativas
Estándar 7: Vinculación con la comunidad			>1 Actividad de promoción	>1 Colaboración con otra organización	>2 Colaboración con otra organización
				>2 Actividad de promoción	>2 Actividad de promoción
Estándar 8: Supervisión y Evaluación (Plan de acción, plan de seguimiento y Self-Audit)		ó	ó	ó	ó

A esta Red pueden adherirse otras entidades locales como podría ser el propio Ayuntamiento de Estepona y otras organizaciones. Forman parte también de esta estrategia las Playas sin Humo.

- **PREVENCIÓN DE TABAQUISMO EN LA COMUNIDAD**

- ✓ **CAMINATA LA VIDA SIN TABACO SABE MEJOR**

El Distrito Sanitario Costa de Sol a través de la **Red Local de Atención al Tabaquismo desarrolla estrategias coordinadas con los profesionales de las** Unidades de Tabaquismo de los Centros de Salud, profesionales de las Unidades municipales de Drogodependencias y ONG's, diseñando y poniendo en marcha acciones conjuntas con apoyo mutuo.

Así en el municipio de **ESTEPONA** cada año desde el 2009 y de forma simultánea con los demás grandes municipios del Distrito, se celebra la **Caminata anual 'La vida sin humo sabe mejor'** convocada el 31 de mayo con motivo del Día Mundial sin Tabaco de la OMS.

En ella participan el **Centro de Salud de Estepona Oeste y el Centro de Salud de la Lobilla, el Centro Comarcal de Drogodependencias de Estepona, el Ayuntamiento de Estepona con sus diferentes concejalías, la Policía Local, Cruz Roja** etc.



PARTICIPACION DESDE 2009-2019: cada año superando el centenar de inscritos siendo el 2015 el de máxima afluencia (300 personas). Participan tanto población general de todas las edades como centros escolares, registrando asistencia de personas con edades comprendidas desde los 10 a los 92 años.

AÑO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2018	2019	2009-2018
ESTEPONA	143	100	191	84	185	41	302	88	127	113	1374

✓ **CARAVANA DE LA EPOC 2019**



En 2019, con motivo del Día Mundial de la EPOC, en los grandes municipios del Distrito, se desarrolló la **Caravana de la EPOC**: instalada en calles céntricas del municipio. OBJETIVO: captar personas fumadoras mayores de 40 años que al no acudir al centro de salud todavía no se habían realizado una espirometría y así realizar prevención de EPOC o un diagnóstico precoz y ofrecerles información sobre accesibilidad a programas para dejar de fumar; captar personas fumadoras, realizar cooximetrías y recomendar dejar de fumar informándoles de la oferta de programas en los centros e instituciones locales.

En **ESTEPONA** participaron los centros de Salud de Estepona Oeste, la Lobilla y el Ayuntamiento de Estepona. Se realizaron **6 Talleres en los centros de salud: 3 de Prevención de la EPOC y Tabaquismo, y otros 3 de Manejo de Inhaladores.**

- **PREVENCIÓN DE TABAQUISMO EN ESPACIOS EDUCATIVOS:** Incluida en los Programas “Creciendo en Salud y Forma Joven”.

BLOQUE VII: INFORME DE VIOLENCIA DE GENERO (VG) DISTRITO COSTA DEL SOL Y ESTEPONA.

El Distrito Costa del Sol, viene trabajando desde hace años en éste importante problema de Salud Pública reconocido por la OMS y respaldado a nivel nacional mediante la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Los profesionales sanitarios tenemos la obligación legal de notificar mediante parte judicial a la Administración de Justicia, cualquier sospecha o confirmación de violencia de género, al tratarse de un delito. Así se recoge en el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (3ª edición 2020), editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, y que es nuestro marco de referencia.

Entre las distintas iniciativas que venimos desarrollando en el Distrito Costa del Sol en VG, es contar en todos los Centros de Salud con al menos un referente en VG especialmente formado, que sirve de consultor en su centro, que forma parte de la Comisión de Violencia de Género del Distrito y que participa en las Mesas de Violencia de Género de su municipio.

También, y desde hace años, registramos y analizamos los partes judiciales por VG emitidos en el Distrito, a fin de establecer estrategias de mejora.

Balance de partes judiciales emitidos por violencia de género en el municipio de Estepona en los años 2019, 2020 y 2021, correspondientes a los centros de salud de La Lobilla, Estepona Oeste, y al Dispositivo de Urgencias ubicado en el centro de salud de Estepona Oeste:

Año 2021

Hasta el 30 de noviembre de 2021, se han emitido 85 partes judiciales por violencia de género en Estepona; lo que supone el 16,89 % del total de partes judiciales por este motivo emitidos en todo el Distrito Costa del Sol (503).

De estos 85 partes emitidos en Estepona, el 95,29 % se han emitido en el Dispositivo de Urgencias de Estepona, y el 4,71 % restante en los dos centros de salud del municipio; siendo el centro de salud de Sabinillas la responsable del 100% de partes emitidos por centros de salud, no habiendo emitido el centro de salud de Estepona ningún parte por violencia de género hasta la fecha.

Año 2020

Durante 2020, en el municipio de Estepona se han emitieron 83 partes judiciales por violencia de género, lo que representa el 17,21 % del total de partes judiciales por este motivo emitidos en el Distrito Costa del Sol (482).

De estos 83 partes judiciales, el 98,79 % fueron emitidos por el Dispositivo de Urgencias de Estepona y el 1,21 % restante por el centro de salud de La Lobilla, no habiendo emitido ningún parte por este motivo en todo el año el centro de salud de Estepona.

Año 2019

Durante 2019 se emitieron en la ZBS de Estepona 76 partes judiciales por Violencia de Género, lo que representa el 12,17 % del total de partes emitidos en todo el Distrito Costa del Sol por este motivo (624).

De estos 76 partes, el 98,68 % fueron emitidos por el Dispositivo de Urgencias de Estepona y el 1,32 % restante por el centro de salud de La Lobilla, no habiendo emitido ningún parte durante todo el año 2019 por este motivo el centro de salud de Estepona.

Bloque VIII: ÁMBITO AMBIENTAL Y ALIMENTARIO

En este informe se van a exponer los datos relacionados con las actuaciones de la Unidad de Protección de la Salud en el municipio de Estepona y las conclusiones más importantes obtenidas, así como evaluación de puntos fuertes y propuestas de mejora.

A. CONTROL ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS (INSPECCIONES).

El número de establecimientos alimentarios del municipio de Estepona que tenemos censados son 640; entre ellos, destacan en mayor medida establecimientos de restauración (tenemos un censo no actualizado de 381 establecimientos) y en menor medida minoristas (203 establecimientos entre los que tienen obrador y los que no tienen)

Se ha realizado al menos un control, aunque en la mayoría de los casos son controles anuales, en 328 establecimientos en los últimos 5 años, obteniendo unos resultados en general, conformes; sin graves incidencias a destacar, aunque sí se han producido actas que se han derivado a expedientes sancionadores principalmente derivada de no atender los requerimientos de corrección de deficiencias leves en los plazos requeridos.

En relación con los comedores escolares, la Unidad de Protección de la Salud realiza dos programas en estos establecimientos, programa de inspección basado en el riesgo, donde se realiza la inspección sanitaria del establecimiento como tal; similar a cualquier otra inspección alimentaria y, por otro lado; el Programa EVACOLE; que realiza un estudio Nutricional y Presencial tanto del comedor como del menú escolar que se propone a los niños; esto se ha realizado en la totalidad de los comedores escolares de Estepona para niños a partir de los 3 años.

En ambos casos, se observa un alto grado de compromiso de los responsables de los comedores y en la mayoría de los casos no hay incidencias o no conformidades que no se hayan subsanado en las visitas posteriores.

B. CONTROL ESTABLECIMIENTOS CON INSTALACIONES DE PROBABILIDAD DE PROLIFERACIÓN DE LEGIONELLA SEGÚN SE ESTABLECE EN EL RD 865/2003

El número de establecimientos controlados bajo el Programa de establecimientos con instalaciones de riesgo de Legionella en el municipio de Estepona son **78**.

Por tipo de instalación se dividen en:

- Torres de refrigeración y/o condensador evaporativo: en el censo actualizado por el Ayuntamiento de Estepona existen 5 establecimientos que disponen de un total de 8 instalaciones consideradas TTRR y/o Condensador Evaporativo.
- Sistemas de agua fría de consumo humano y agua caliente sanitaria con circuito de retorno: este tipo de instalaciones son las mayoritarias y se incluyen en el grupo de instalaciones de alta probabilidad de proliferación de Legionella, se encuentran principalmente en establecimientos turísticos y también, aunque en menor medida en instalaciones deportivas y sanitarias.
- Bañeras de hidromasajes: en los últimos tiempos se han incrementado el número de instalaciones de este tipo, encontrándose principalmente en alojamientos turísticos.
- Instalaciones de baja probabilidad de riesgo de Legionella: dentro de este grupo se enmarca todas aquellas instalaciones que utilizan agua en su sistema pero que por sus características no se consideran de riesgo elevado frente a la Legionella; como por ejemplo se encuentra el riego por

aspersión; a tener en cuenta principalmente cuando afecta a zonas urbanas, las instalaciones de lavado de coches y aunque en menor medida por la climatología propia de la zona los elementos de climatización por agua pulverizada.

En la evaluación realizada con respecto a las actuaciones de los últimos 5 años, se han inspeccionado; un total de 63 establecimientos, principalmente centrado en establecimientos con instalaciones de mayor riesgo sanitario o asociados a casos comunitarios de Legionelosis; la mayoría con inspecciones o supervisiones anuales.

No se han detectado grandes incidencias durante las inspecciones y/o supervisiones; y en la mayoría de los casos, se han subsanado de forma adecuada.

Sólo en ocasiones muy puntuales, y principalmente por no atender a los requerimientos que se han realizado en las inspecciones, más que por estar asociados a riesgo grave, se ha procedido a proponer la incoación de expediente sancionador.

Tampoco se ha encontrado durante el periodo evaluado, brotes o clúster de Legionelosis relacionados con ningún establecimiento en el municipio, aunque sí que han aparecido casos comunitarios de Legionelosis de forma periódica. Todos los casos se han investigado, realizando actuaciones tanto en domicilios particulares como en establecimientos públicos sin que se haya podido demostrar la relación directa con actuaciones en ningún establecimiento, aunque en un caso concreto tras la inspección de un establecimiento deportivo se encontraron deficiencias que se propusieron para incoación de expediente sancionador.

Por parte del Ayuntamiento de Estepona, exige a las constructoras la realización de una limpieza y desinfección de las instalaciones de agua de consumo humano tras la realización de una obra de reforma o de construcción de cualquier tipo de establecimiento, ya sea público o privado; esta actuación a falta de un estudio más detallado por nuestra parte está repercutiendo de forma muy favorable en el desarrollo de la Legionella, asociada a la suciedad y restos calcáreos de las instalaciones.

C. CONTROL AGUAS DE BAÑO (NÚMERO DE PUNTOS DE MUESTREO DE AGUAS DE BAÑO):

Las zonas de agua de baño pertenecientes a Estepona e incluidas en el censo de zona de aguas de baño nacional dentro del programa NÁYADE son las que se detallan a continuación:

- 1.- Playa de La Rada con dos puntos de muestreo
 - Arroyo de la Cala
 - Arroyo Monterroso
- 2.- Playa del Padrón - Punto de muestreo Centro Comercial
- 3.- Playa del Cristo- Punto de muestreo Chiringuito
- 4.- Playa del Saladillo- Punto de muestreo Chiringuito PEPE's Beach
- 5.- Playa Arroyo Vaquero- Punto de muestreo Costa Natura.
- 6.- Playa de Guadalmanza- Punto de muestreo Guadalmanza
- 7.- Playa de La Galera-Dorada- Punto de muestreo supermercado

Estas siete zonas de baño están incluidas en el programa de muestreo de agua de baño a nivel nacional, este programa incluye 9 muestras anuales que están programada de manera quincenal entre los meses de mayo y septiembre coincidiendo con la temporada de baño de Andalucía y además una muestra adicional que se realiza previa a la Semana Santa.

En los muestreos se comprueban dos tipos diferentes de parámetros:

- Parámetros visuales: incluye además de temperatura y color; aceites, sustancias tensioactivas, maderas... y algas.
- Parámetros microbiológicos: E. Coli y Enterococos intestinales analizados en el laboratorio de Salud Pública y relacionados con la contaminación fecal.

En el marco del programa de muestreo de zonas de baño de los últimos 5 años en Estepona no se observan incidencias reiteradas reseñables relacionadas con todas o con una zona de baño, salvo; las algas. En este sentido existe un problema de presencia de algas, principalmente pardas que se encuentran de forma abundante en las diferentes zonas de baño de Estepona y que generan un problema de calidad de aguas de baño.

Durante los últimos años se han detectado incidencias puntuales en las zonas que se detallan a continuación:

- 1.- Playa del Cristo: en el año 2017 tuvo una incidencia puntual con niveles elevados de E. Coli, que se normalizaron en los análisis posteriores que se realizaron.
- 2.- Playa de Arroyo Vaquero: En esta zona se han producido varias incidencias en los últimos años, todas ellas relacionadas con problemas en una estación de bombeo de aguas fecales del Hotel Elba; tras detectarlo y comunicarlo al Hotel finalmente quedó arreglado y no se ha vuelto a repetir la incidencia.

Por otro lado, en el marco de las zonas de baño de Estepona en los últimos años se han interpuesto 2 denuncias relacionadas con zonas de baño diferentes, y por motivos completamente diferentes:

- 1.- Playa de Arroyo Vaquero: en el año 2020 se denunció la presencia de residuos fecales en el agua por el personal de vigilancia de playas de Andalucía.
- 2.- Playa de Guadalmanza: en 2019 se denunció que en la zona de baño se había producido una disminución de equipamiento tanto de socorristas como de baños más bien relacionada con la bandera azul.

Tras realizar la visita de inspección por parte del Agente de Control Oficial y realizar las investigaciones pertinentes no se encontraron evidencias de no conformidades o de incumplimientos de la legislación vigente ni que pudieran suponer contaminación en el agua.

D. AGUA DE CONSUMO HUMANO

La zona de abastecimiento de agua de Estepona tiene una distribución complicada tanto por sus recursos hídricos como por su infraestructura:

- Con respecto a los recursos hídricos que dispone, existen 7 captaciones la mayoría en profundidad mediante pozo excavado y una superficial que se encuentra en el manantial de La Tejilla, garantizando el suministro de agua necesario para la mayor parte de la población de Estepona aunque no en todos los periodos de año; estos recursos no son suficientes en la época estival; ya que debido al incremento de población, que en verano prácticamente se multiplica por dos y la disminución en el volumen de agua captada, se requiere incrementar volumen de agua captada a través de la ETAP de Río Verde (Zona de abastecimiento gestionada por Acosol).
- Por otro lado, la infraestructura de la zona de abastecimiento también es muy compleja, estando formada por 5 redes de distribución diferentes, que en algunos casos están conectadas entre sí, pero en otros no, siendo completamente independientes y por otro lado existen 36 depósitos de regulación y/o distribución de agua; cuya gestión se realiza por la empresa Hidralia.

Toda esta complejidad de la zona de abastecimiento influye en la calidad del agua de consumo, detectándose de forma reiterada incidencias que afectan a la calidad del agua, por los motivos que se exponen a continuación:

1. A medida que disminuye el agua captada de los pozos disminuye la calidad de esta, incrementando las sales disueltas y con ello la conductividad del agua.
2. Las infraestructuras de agua de consumo humano que se han realizado en el municipio están condicionadas en muchos casos por la variabilidad de volumen de consumo generada por la población existente en las diferentes épocas del año, provocando en muchos casos incidencias relacionadas con un bajo consumo de agua, por ejemplo; incremento de los niveles de Trihalometanos.
3. En el municipio de Estepona como en toda la Costa del Sol no existe niveles de precipitaciones estables, siendo muy variables y encontrándonos épocas de sequía que afectan de manera muy importante en la calidad de agua de baño, produciendo incidencias en el agua, relacionados con parámetros como el manganeso, la turbidez...etc.
4. La existencia de un número elevado de instalaciones que generan un alto consumo de agua como piscinas jardines tanto en el municipio como en la mayoría de las urbanizaciones que necesitan riego a diario en, así como los abundante parques y arriates del municipio, junto con los numerosos campos de golf de la zona, alrededor de 6, hacen que las necesidades de agua, en mayor medida en verano, sea muy elevada.

CONCLUSIONES

1. ÁMBITO SOCIO-DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

- En 2020, la población del municipio es de **70.228 habitantes (48,9% hombres; 51,1% mujeres)**, de los que **66.786 usuarios tienen tarjeta individual en el Servicio Sanitario Público Andaluz (95,1% TIS)**.
- La UGC de **Estepona Oeste** (Centro de Salud de Estepona) atiende a una **población de 36.919 usuarios (55,3%)**.
- La UGC de **La Lobilla** (Centro de Salud de La Lobilla) atiende a una **población de 24.811 usuarios (37,2%)**, junto con **Consultorio de Cancelada que atiende a 5.056 usuarios (7,5%)**
- La pirámide de población de Estepona, tiene valores relativos muy bajos de fecundidad y mortalidad. Presenta porcentajes de población, menor a 15 años, inferiores al 25%, mientras que aproximadamente más del 15% de la población, es mayor de 65 años.
- **En líneas generales y en función de los grupos de edad seleccionados, se observa en todas las cohortes que el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres, sobre todo en las últimas etapas de la vida, debido a la mayor esperanza de vida de la población femenina**
- **Incremento porcentual de la población de Estepona en los últimos 10 años (2011-2020) del 7.6 %.**
- El **crecimiento de la población** desde el año 2000 sigue en el municipio de Estepona una **tendencia positiva** de manera sostenida del **66,6 %**, siendo el **comarcal de 72,4%** y el **provincial de 31,8 %**.
- **De los 70.228 habitantes censados a 1 de enero de 2020, 16.481 son extranjeros (23.5 % de la población)**, siendo las personas de **nacionalidad británica** las más numerosas, representando casi el **22% del total** de residentes foráneos censados.
- Para 2020 el saldo Emigración 2.661 / Inmigraciones 4.834 es positivo
- El **indicador de dependencia de Estepona (49%) se encuentra igual con respecto a la media provincial (49 %) y superior a la media comarcal la cual se sitúa en 47.7%**
- Menor **índice de envejecimiento municipal** con tasas más bajas con **respecto a la media provincial y al comarcal (16,2%, 17,5 % y 16,6% respectivamente)** expresa menor población envejecida con respecto a los más jóvenes
- El **indicador de juventud (102,7 %) es mayor** que el provincial de 88,0 % y el comarcal situado en un 63,1 %.
- El **índice de reemplazo de la población en edad activa** de Estepona es del **81,4 %**, mayor respecto a la media provincial de **80,0 % comarcal que es de un 75,7 %**.
- La **tasa bruta de natalidad** ha bajado casi un punto respecto a los 4 años anteriores (8,6 vs 9,7) y la de **mortalidad** ha bajado 0,5 décimas de punto, siguiendo un ritmo parecido, aunque no tan acusado, a lo que ocurre en la propia CCAA.

- **Las tasas de natalidad, mortalidad y nupcialidad de Estepona** son prácticamente similares respecto al conjunto de la CS Occidental. Respecto a la provincia encontramos tasas de natalidad más altas, de mortalidad más bajas y de nupcialidad prácticamente similares.
- **Las tasas de fecundidad** en el municipio **han descendido 5.7 puntos (39.6 vs 33.3) en el último quinquenio estudiado.**
- **La tasa municipal de desempleo se sitúa a octubre de 2021 en 15,9** con un total de 5322 parados, **menor en comparación al de Andalucía** que se sitúa en 22,4% siendo **mayor el desempleo en el sexo femenino** que en el masculino 61,9 vs 38,1. La mayor proporción de contratos registrados en 2021 fueron **contratos con carácter temporal.**
- **El Coeficiente de Gini en 2018 para el MUNICIPIO de ESTEPONA se sitúa en un valor muy alto, 33,4.**
- **Actualmente,** su economía está basada en dos pilares, el del **turismo residencial**, que desde los años 80 ha hecho crecer la ciudad y **la construcción.**

2. MORTALIDAD

- En el último quinquenio registrado (2014-2019) la Esperanza de vida al nacer (EV) en el Municipio de **Estepona ha aumentado 0,58 décimas de punto.** Este aumento se debe a la **ganancia de 1,3 puntos en la EV en el grupo de mujeres** y a la pérdida de 0,2 décimas en el de hombres. Comparativamente, sin embargo, este indicador para Estepona en 2019 **se encuentra 2,7 puntos por debajo del total de los municipios adscritos al distrito costa del Sol (81,9 vs 84.6).**
- En cuanto a la EV a los 65 años, existe ganancia para ambos sexos en el último quinquenio. Al igual que la EV al nacer, este indicador para Estepona en **2019 se encuentra 2,4 puntos por debajo del total de los municipios adscritos al distrito costa del Sol (20,05 vs 22,49).**
- En cuanto a la EV, concluimos que , la EV en buena salud al nacer y a los 65 años de la población de Estepona como en el conjunto del DSCsol y de Andalucía, se ha incrementado en promedio de número de años más en las mujeres que en los hombres.
- De forma continuada tanto en España como en Andalucía, la **tasa de mortalidad en hombres es superior a la de las mujeres.**
- Para el **año 2019** (no se dispone de datos más actuales), las **PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE ESTEPONA fueron: 1. enfermedades del sistema circulatorio (143 fallecimientos). 2. tumores (115 fallecimientos). 3. enfermedades del sistema respiratorio (54 fallecimientos).**
- **En el último quinquenio** los datos brutos de mortalidad para Estepona, señalan una cierta estabilidad, aun así, **hay una leve disminución de Grupo Tumores y Enfermedades del Sistema Respiratorio (esta última ha sufrido gran aumento en 2020, debido a la pandemia de coronavirus. Datos no reflejados en esta serie).**
- Las enfermedades del **sistema circulatorio tras su disminución en los años 2016 a 2018, vuelve a situarse en las mismas cifras que en 2015.** A tener en cuenta que son números absolutos y no tasas ajustadas por población.
- **En 2019 en el municipio de Estepona fallecieron 453 personas, 232 hombres y 221 mujeres.**

- Esto se corresponde con una **tasa bruta de mortalidad de 6.93 defunciones por cada mil habitantes para ambas edades en el año 2019**. La tasa más alta junto a 2017 de la serie estudiada

3. PROBLEMAS DE SALUD NO TRANSMISIBLES

- **No hay ninguna patología prevalente crónica en el municipio de Estepona a corte mayo 2021 que se encuentre significativamente desde el punto de vista estadístico por encima de la media del Distrito Costa del Sol ni de Andalucía**, en cuanto a las enfermedades crónicas más frecuentes en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud: **Hipertensión, Dislipemia, Artrosis, Espondilosis, Diabetes, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardiaca y Fibrilación auricular**. A reseñar las prevalencias más bajas de Insuficiencia Cardiaca y Fibrilación Auricular en la UGC de La Lobilla vs UGC Estepona, siendo la prevalencia para el resto de enfermedades más altas en la UGC de La Lobilla.
- **DIABETES: Mayor prevalencia en hombres que en mujeres. Mayor prevalencia en UGC de La Lobilla en todas las series.** En 2021 el conjunto de Andalucía la prevalencia de enfermedad, supera a el conjunto del DSCS y UsGC de Estepona en casi 8 puntos.
- **HIPERTENSIÓN: Andalucía supera en 2021 a las 2 UGC del municipio y el conjunto del Distrito.**
En el conjunto del municipio la prevalencia de HTA es más alta en mujeres a partir de los 70 años (viven mas). Afecta a un total de 5829 mujeres y 5348 hombres. La UGC de Lobilla presenta prevalencia más alta en todas las series con respecto a la UGC de Estepona Oeste y Distrito.
- **DISLIPEMIAS: La prevalencia de Dislipemia en 2021 ha aumentado para todas las series estudiadas con respecto a 2020.** El 48,1% de los usuarios afectados de La Lobilla son mujeres y el 45% son mayores de 64 años vs el 51,4% de mujeres afectadas de Estepona Oeste con un 50,4% de mayores de 64 años.
- **FIBRILACIÓN AURICULAR: Mayor prevalencia en mujeres.** La UGC Estepona Oeste > prevalencia que UGC La Lobilla y DSCSol en todas las series.
- **CARDIOPATIA ISQUEMICA: Mayor prevalencia en hombres. 80,2 Lobilla vs 70,5 Estepona Oeste.** Descenso acusado de la prevalencia en la UGC de La Lobilla, para igualarse en 2020 y 2021 con la media del DSCSol y la UGC de Estepona.
- **INSUFICIENCIA CARDIACA: Tras la bajada en 2020 debido probablemente a la pandemia, nos encontramos cifras similares a las de 2019 para la UGC de Lobilla y el conjunto del DSCSol, salvo para la UGC de Estepona que sufre un aumento considerable.**
- **EPOC: La evolución de la prevalencia en las dos UGC del municipio de Estepona está por debajo de la media del DSCSol en todos los años estudiados, aunque hay tendencia en todas ellas al aumento. En todas las series la UGC de la Lobilla supera a UGC de Estepona. En ningún caso la RE es significativa**
- **ASMA: La evolución de la prevalencia en las dos UGC del municipio de Estepona está por debajo del conjunto del DSCSol en todos los años estudiados. Encontramos mayor prevalencia de asma en la UGC de La Lobilla vs Estepona en todas las series estudiadas (en aumento).** Mayor proporción de mujeres que hombres. El 85,4% tiene menos de 64 años.
- **NEOPLASIAS en las UsGC:**
La neoplasia con significación estadística en Estepona es el Melanoma de piel.

Respecto a la población de referencia de Andalucía, y en las neoplasias estudiadas del municipio en que el estimador puntual es > 1 , estimamos que existe un riesgo incrementado respecto a dicha población de referencia. Así este riesgo estaría incrementado para los cánceres de estómago y melanoma de piel en las 2 UsGC de Estepona. Para la población adscrita a la UGC de Estepona Oeste (EO) los cánceres de cáncer de cabeza y cuello, hígado y vías biliares, páncreas y útero. Finalmente, para la población adscrita a la UGC de La Lobilla el Sarcoma de Kaposi.

- **MELANOMA DE PIEL RE >1 . SIGNIFICATIVO:**

En la UGC LOBILLA, el 47,62% de sus usuarios afectados son mujeres frente al 55,17% del SSPA. El 52,38% de sus usuarios afectados tiene más de 64 años frente al 45,23% del SSPA. En la UGC de Estepona Oeste el 56,18% de sus usuarios afectados son mujeres frente al 55,17% del SSPA. El 53,93% de sus usuarios afectados tiene más de 64 años frente al 45,23% del SSPA.

- **CANCER COLORECTAL. En 2021 ligero aumento no significativo en las 2 UGC y DCSol respecto a 2018. RE <1 . Conjunto de Andalucía mayor prevalencia.**

- **CÁNCER BRONQUIO/PULMÓN POR EDAD Y SEXO 2020 ANDALUCIA:** En los hombres el cáncer de pulmón ocupa la primera posición como causa de muerte por cáncer y una de las primeras de todas las causas de mortalidad. En los hombres las tasas estandarizadas de mortalidad disminuyen en el periodo 2013-2017 con respecto a 2008-2012. En las mujeres aumentan los últimos años Málaga con tasas ajustadas más elevadas y por encima de la media de Andalucía. La prevalencia en 2021 se iguala para las 2 UGC y DSCSOL

4. SALUD MENTAL

• ADICCIONES

- **DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (RE >1) las 2 UsGC. Existe un riesgo incrementado respecto a población de referencia andaluza:**

UGC Lobilla, una RE > 1 (1,49) y UGC Estepona Oeste, una RE > 1 (1,57).

La prevalencia de la dependencia del alcohol en las dos UGC de Estepona (UGC EO 17,1; UGC Lobilla 16,5), es superior a la del conjunto del D.S. CSol (15,9) y de Andalucía (11,3).

Mayor prevalencia en dependencia del alcohol en hombres que en mujeres.

En los casos prevalentes con dependencia del alcohol, el 72,4 son hombres de la UGC de Estepona Oeste frente al 69, 1 de la UGC de La Lobilla.

El 60% de afectados de la UGC de Estepona y el 62,6% de La Lobilla tienen menos de 64 años. A considerar la edad temprana de inicio de los casos. Edad media en las 2 UGC de 58 años.

• **DEPENDENCIA DEL TABACO. (RE >1) en las 2 UsGC: Existe un riesgo incrementado respecto a población de referencia andaluza:**

UGC Estepona Oeste, una RE > 1 (1,09) con IC significativo respecto a Andalucía y UGC Lobilla, una RE > 1 (1,29) con IC significativo respecto a Andalucía

La prevalencia de la dependencia del tabaco es mayor en la UGC de la Lobilla (57,6) que en la UGC de EO (48). La UGC supera en 2021 la prevalencia del conjunto del D.S. CSol (50,2) y de Andalucía (44,9).

• **DEPENDENCIA OTRAS SUBTANCIAS. UGC Estepona Oeste, una RE > 1 (1,14) Existe un riesgo incrementado respecto a población de referencia andaluza:**

En la UGC de EO, el 78,1% de sus usuarios afectados son hombres frente al 68,5% de la UGC de Lobilla y el 78,6 de Andalucía. El 96,7% de sus usuarios afectados tiene menos de 64 años frente al 94,7% de Lobilla y 94,4 de Andalucía.

UGC Lobilla RE<1.

- **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. Mayor prevalencia en la UGC de EO:**

En la UGC de Estepona Oeste el **74,01%** de sus usuarios afectados son mujeres frente al 71,90% de Lobilla y el 70,77% del SSPA de Andalucía.

El **64,1** tienen menos de 64 años, frente al 69,2 % de los usuarios afectados de Lobilla y al 64,2 % del SSPA.

- **TRASTORNOS DE ANSIEDAD:**

Prevalencia mayor en MUJERES. En la UGC de EO el **70,02%** de sus usuarios afectados son mujeres frente al 68,98% del SSPA y el **68,30%** de LOBILLA. En la UGC de EO el **74,1 %** de sus usuarios afectados tiene menos de 64 años frente al **77,8%** de la UGC de Lobilla y **73,3%** del SSPA. Edad media EO 53 años, Lobilla 51 años, aunque habría que hacer mención a la prevalencia de casos en edades infanto- juveniles.

- **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:**

Al igual que en Andalucía, en el municipio de Estepona se encuentra mayor prevalencia en mujeres

En la UGC de EO, el 80,39% de sus usuarios afectados son mujeres frente al 78,57% de La Lobilla y al 83,19% del SSP Andaluz.

El 96,1% de usuarios afectados de EO, el 97,6 de Lobilla y el 95% del SSPA tiene menos de 64 años.

Edad media 31 años casos EO / Edad media Lobilla 29 años.

5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

De las **ALERTAS DECLARADAS** en el municipio de Estepona para el período 2014-2021, solo 4 alertas fueron diferentes a las 180 declaradas por coronavirus entre 2020 y 2021.

En general, existe un control elevado de los establecimientos alimentarios de Estepona, haciéndose mayor si cabe en aquellos cuya repercusión sanitaria pueda ser mayor; como industrias de alimentos de origen animal, comedores colectivos, principalmente escolares y establecimientos de restauración colectiva.

Por otro lado, el censo establecimientos alimentarios no se encuentra actualizado; existiendo gran variabilidad e inestabilidad en muchos establecimientos, principalmente en los minoristas y establecimientos de restauración, lo que genera que no se pueda disponer de información adecuada sobre el tipo y número de establecimientos reales en el municipio, ni con ello llevar un control sanitario adecuado.

6. PROBLEMAS DE SALUD TRANSMISIBLES

• ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA:

- **EVOLUCIÓN TUBERCULOSIS (TBC) 2015-noviembre 2021.** La incidencia ha ido bajando en los años sucesivos, para iniciar un repunte en 2021 con 6 casos (tasa de 8.5) a dos meses de cerrar el año epidemiológico.

Salvo los años 2018 / 2019 las tasas de TBC en el municipio de Estepona superan a las del conjunto del DSCSol.

- **EVOLUCIÓN CASOS DE GRIPE Temporada 2019-2020.** Durante toda la temporada **ha habido circulación del virus tipo A**, los dos subtipos (A(H1N1) pdm09 y el AH3), **y el virus B**. Como en las temporadas anteriores, **los menores de 15 años han sido los más afectados, presentando esta temporada el grupo de 5-14 años y el grupo de 0-4 las tasas de incidencia acumulada más elevadas. En DCSol 32 casos declarados. Dos fallecidos. Ningún caso en Municipio Estepona.** La letalidad ha sido semejante a las temporadas previas.
- **EVOLUCIÓN ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA:** Entre 2018 y 2021 se declararon en D.S. CSol, **116 casos de esta enfermedad. De entre ellos, 10 correspondieron al municipio de Estepona.** La evolución de los 116 casos fue favorable en 99 casos (85,3%) y fallecieron 17 (14,7%).
- **EVOLUCION LEGIONELLA:** La provincia de Málaga, tiene la tasa más alta de casos de Andalucía, superando a la tasa española. Entre los años 2003 y 2021 se notificaron en el Municipio de Estepona **19 casos** (216 en el conjunto del DSCSol). En los últimos 3 años 2019 a 2021 ha habido un aumento de la misma en el Municipio.

No se ha encontrado durante el periodo evaluado, brotes o clúster de Legionelosis relacionados con ningún establecimiento en el municipio, aunque sí que han aparecido casos comunitarios de Legionelosis de forma periódica. Todos los casos se han investigado, realizando actuaciones tanto en domicilios particulares como en establecimientos públicos sin que se haya podido demostrar la relación directa con actuaciones en ningún establecimiento, aunque en un caso concreto tras la inspección de un establecimiento deportivo se encontraron deficiencias que se propusieron para incoación de expediente sancionador.

Podemos concluir, que los establecimientos con instalaciones de riesgo de Legionella están controlados, tienen los procedimientos muy interiorizados y desarrollados y en la mayoría de los casos llevan un control muy exigente de sus instalaciones.

- **EVOLUCIÓN COVID-19 (años 2020-2021):**

Durante el periodo de la **pandemia de covid 19**, se declararon al sistema SVEA **57.737 casos confirmados pertenecientes al DSCSOL**. Entre ellos, y durante el mismo periodo **el municipio de Estepona confirmó 7657 casos (sanidad pública y privada).**

La **letalidad** en el tiempo estudiado y a fecha 14 de diciembre 2021 fue **para el conjunto del D.S. Sol de 588 casos acumulados (tasa 104,8 por cada 100.000 hab).**

Para el **conjunto del municipio de Estepona la letalidad fue de 61 casos (tasa 86,8 por cada 100.000 hab. o de 8,6 de cada 10.000).**

A tener en cuenta que son casos confirmados por laboratorio. No se contabilizan los casos probables (primera fase de la pandemia en la que se declaraba por sospecha clínico-epidemiológica) ya que el acceso a dichas pruebas diagnósticas no era lo frecuente (salvo en asistencia hospitalaria).

- **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2015-2021:**

De manera global, se observa una **tendencia ascendente** en la evolución de las ITS declaradas a Red Alerta durante el período 2015-2021.

- **SIFILIS** en el municipio de Estepona, conjunto del DSCSol y Andalucía ha seguido una tendencia general ascendente en la incidencia de casos a lo largo de todo el periodo. Afecta principalmente a hombres entre 20 y 39 años. Es más frecuente en hombres que en mujeres (Estepona 60 hombres vs 11 mujeres). **Tendencia ascendente para el municipio.**

Las tasas de incidencia de Estepona hasta 2018 se situaban muy por debajo del DSCSol, para a partir de 2019 y 2020 superarlas en 1,6 y 7,3 puntos respectivamente. El conjunto del DSCSol supera igualmente a Andalucía a partir de 2017. En el mapa por distritos de Andalucía reflejado más abajo se pueden observar las tasas del DSCSol situadas entre las más altas de Andalucía.

- **INFECCIÓN GONOCÓCICA:** La evolución de los casos declarados en los últimos años sigue una tendencia ascendente que se ha acentuado más a lo largo del periodo 2014-2021. El grupo de **edad más afectado es el de 20 a 39 años. Más frecuente en hombres que en mujeres** (Estepona 27 hombres vs 4 mujeres).
- La infección por **CHLAMYDIA TRACHOMATIS** también ha mantenido en Andalucía una tasa de incidencia en constante ascenso, alcanzando en 2019 los 12,5 casos por 100.000 habitantes en Andalucía. El grupo de edad más afectado fue entre 20 y 39 años. En el caso de Estepona se han notificado más casos en mujeres que en hombres (32/21). **Se observa una tendencia levemente descendente desde 2018 hasta 2021 que inicia nuevamente un ascenso.**
- **HERPES GENITAL: Se observa una tendencia levemente descendente.**
- **LINFOGRANULOMA VENÉREO:** La totalidad de los casos declarados en Andalucía corresponden a hombres entre 20 y 64 años. En Estepona se declaró un caso en todo el periodo estudiado.
- **EVOLUCIÓN CASOS DE VIH/SIDA DE ESTEPONA/ DSCSOL/ ANDALUCÍA: Mayor prevalencia en la UGC Lobilla:** El 82,2% de sus usuarios afectados son hombres frente al 76% de la UGC Estepona y el 74,2% de usuarios del SSPA.

No hay ningún caso que supere los 79 años. La edad media de los casos del municipio en su conjunto es de 48 años (D.S. CSol y Andalucía, 49 años).

En Estepona, al igual que Andalucía, el perfil predominante de los casos diagnosticados de VIH en 2020 continúa siendo el mismo que en años anteriores, hombre de 25 a 29 años cuyo modo de transmisión es el de HSH.

- **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ORO-FECAL:**

- **EVOLUCIÓN HEPATITIS SEGÚN AGENTE 2015-2021.** De los 63 casos notificados de hepatitis en Estepona en el período, 45 corresponden a infección por VHA (73%), frente a 12 casos por VHC (19%), 5 por HVB (6%) y 1 sin especificar (2%).

El perfil de los casos de Hepatitis A declarado es el hombre **en el grupo de edad de 35 a 44 años.**

- **ENFERMEDADES VACUNABLES:**

- **PAROTIDITIS:**

Las tasas de Estepona y el conjunto del DSCSol siguen el mismo patrón que Andalucía, con un aumento de la incidencia en 2019.

En todas las series 2015-2021 las tasas del municipio de Estepona superan a las del DSCSol.

Por grupos de edad, en 2019 y 2020 la mayor proporción de casos y la mayor tasa corresponden al grupo de 20-24 años de edad, seguido del grupo de 15-19 años y 25-29 años, por descenso de la inmunidad de la cepa Rubini y menor efectividad de la cepa Jeryl Lynn.

Los casos no presentan gravedad clínica, necesitando ingreso hospitalario un pequeño porcentaje de casos y registrándose solo una defunción en este periodo en un caso de edad avanzada.

- **TOSFERINA**

Esta brusca caída en la incidencia durante los años 2020 y 2021 (NINGUN CASO DECLARADO) puede estar relacionada con los efectos que esta pandemia ha podido tener en la transmisión, diagnóstico y declaración de esta enfermedad. En ambos años los menores de 1 año siguen presentando la mayor tasa de incidencia.

No se ha notificado la defunción en ninguno de los casos de 2019 y 2020.

Estepona declaró 2 brotes de Tosferina en 2015 y 1 en 2016 por agrupación familiar.

- **VARICELA:** La incidencia de la enfermedad se redujo de forma considerable en 2017, disminuyendo en todas las provincias y en el municipio (10 casos ingresados en el último decenio).

- **SARAMPIÓN:** No ha habido incidencia de casos de sarampión declarados desde 2005 en el Municipio de Estepona.

- **OTRAS ENFERMEDADES:**

- **EVOLUCIÓN CASOS MENINGITIS SEGÚN AGENTE 2015-2021:**

Entre 2015 y 2021 se declararon 182 meningitis en el DSCSol. De ellas 27 fueron declaradas en el municipio de Estepona. M víricas 14, Bacterianas 9 y Meningocócicas 4.

MENINGITIS VÍRICA, Se diagnosticaron en Estepona 14 casos, 7 hombres y 7 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 77 años.

MENINGITIS BACTERIANA con 9 casos frente a los 66 del DSCSol (tasa acumulada 12,8 vs 11,8).

4 casos de ENFERMEDAD **MENINGOCÓCICA**, 2 en 2016 y 1 en 2018 y 2019 respectivamente. Dos hombres y 2 mujeres de 14,28,61 y 67 años.

7. VACUNACIONES. Coberturas superiores al 98% en niños menores de 2 años.

8. DETERMINANTES DE SALUD (Y DESIGUALDADES SOCIALES)

• EXCESO DE PESO EN MENORES Y ESTILOS DE VIDA (Alimentación, ejercicio físico, sedentarismo...):

- El exceso de peso entre la población infantojuvenil de Andalucía es un **problema de salud relevante**: 2 de cada 10 niños/as tienen sobrepeso y 1 de cada 10, obesidad. En conjunto, el exceso de peso (sobrepeso más obesidad) afecta a 3 de cada 10 menores de 2 a 15 años.
 - **Andalucía tiene prevalencias de exceso de peso (sobrepeso y obesidad infantil) más elevadas que el conjunto de España.**
 - La obesidad infantojuvenil es **más frecuente en los grupos sociales más desfavorecidos.**
 - **La epidemia en Andalucía parece estabilizada en la última década, aunque a niveles más elevados que el conjunto de España.**
 - Los datos preliminares indican que el **exceso de peso en la gestación** es un problema preocupante, tanto para la salud de la madre como para su descendencia.
 - El nivel de **lactancia materna es bajo y la lactancia es un protector del exceso de peso para madre e hijos.**
 - Aunque el **consumo de frutas y/o verduras** ha mejorado en las dos últimas décadas todavía está lejos de los niveles aconsejados.
 - Hay un **elevado consumo de refrescos**, estrechamente vinculado con la obesidad (y la diabetes), debe garantizarse el acceso al agua potable (del grifo) en todos los ámbitos frecuentados por la población infantojuvenil.
 - El nivel de **ejercicio físico** entre los menores es bajo y no cumple con las recomendaciones actuales. Son especialmente preocupantes los bajos niveles de ejercicio físico entre las niñas por lo que cualquier medida para potenciarlo debe contar con el pertinente **enfoque de género.**
 - Para garantizar unos niveles adecuados de ejercicio físico entre la población infantil hay que aumentar las horas de **actividad física en los centros educativos.** También hay que mejorar la dotación de **zonas verdes** y hay que reforzar la **seguridad en los barrios** percibidos como inseguros.
 - A pesar de que las familias y los propios menores conocen, a grandes rasgos, la información sobre alimentación saludable, la dieta mediterránea se ve desplazada por el consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados. Las **barreras** para seguir una alimentación saludable se centran en la **falta de tiempo** para comprar alimentos y para cocinar (con el trasfondo de un reparto desigual de las tareas y cuidados familiares) y en la **presión del marketing** de productos no saludables sobre los niños y niñas. El **bajo precio** de los alimentos y bebidas ultraprocesados, su palatabilidad y la rapidez de su preparación hace que sean muy accesibles para las familias y muy demandados por la población infantojuvenil.
 - Una combinación de la disminución de la actividad física, el aumento del sedentarismo y del consumo excesivo de calorías da como resultado un aumento incesante de las tasas de obesidad en la infancia, en la adolescencia y en la etapa adulta”.
- Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Informe de evaluación 2011-2018.
Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía*
- Desde los Centros de Salud del municipio se trabaja en la atención a menores con exceso de peso para reducir el problema y ayudar a adquirir estilos de vida saludables e igualmente se realizan programas para su prevención y la promoción de dichos hábitos en todos los menores.

- Si bien la realización de estas tareas tiene buenas coberturas (y por encima de la media del Distrito Costa del Sol-Andalucía) es necesario aumentar la actividad, dada la prevalencia del exceso de peso en menores y los datos de Estepona en cuanto a sus causas principales de mortalidad y morbilidad, de forma que puedan reducirse en un futuro.
- Igualmente, necesario es la implicación de todos los sectores para desarrollar estrategias coordinadas que impulsen **entornos favorables** para la vida saludable en el municipio, con especial atención a las desigualdades sociales, tal como se refleja en los datos expuestos.

● CONDUCTA SEXUAL EN ADOLESCENTES:

- Es alto el porcentaje de menores que tienen relaciones sexuales sin protección lo que se convierte en una conducta de riesgo tanto para las Infecciones de transmisión sexual -resaltando VIH-SIDA- como para los embarazos en adolescentes.
- También en este aspecto hay desigualdades suponiendo más riesgo en chicas y en menores de baja capacidad adquisitiva. por eso es importante seguir trabajando en los centros educativos donde todos están escolarizados y aumentar la prevención.
- En los programas educativos desarrollados (PROGRAMA FORMA JOVEN en Institutos) se trabaja el Área temática de “Sexualidad y relaciones igualitarias”, impartida por sanitarios de los Centros de Salud de Estepona y La Lobilla en los institutos.
- Esta área es, con diferencia, la más demandada por los chicos/chicas siendo que en los cinco últimos años se han atendido a 2.194 menores en la consulta/asesoría con dudas y/o problemas al respecto, esto corresponde al 60% del total de las consultas efectuadas en todos los temas. También la educación sanitaria grupal tiene un importante desarrollo estando por encima de la cobertura del Distrito Sanitario Costa del Sol, Málaga y Andalucía y siendo las ITS y VIH/Sida y anticoncepción son los temas más trabajados como prevención de conductas de riesgo. Aún así y viendo el incremento de los últimos años en ITS-VIH/Sida, debe seguir priorizándose ésta línea.

● EXCESO DE PESO EN MAYORES Y ESTILOS DE VIDA (Alimentación, ejercicio físico, sedentarismo...):

- Andalucía tiene un porcentaje mayor de personas con exceso de peso en relación a la media nacional, fundamentalmente a causa de la obesidad: el sexto lugar con peores datos de España.
- Más de la mitad de la población andaluza mayor de 16 años tiene exceso de peso. Málaga es la provincia con mejores resultados (prevalencia 49%)
- El exceso de peso es mayor en varones que en mujeres, aumenta con la edad y con las condiciones desfavorables: a mayor nivel de estudios, de ingresos o de clase social, menor es la prevalencia de personas con sobrepeso u obesidad.
- Al igual que pasa en los menores, igualmente se observan las desigualdades sociales tanto en el exceso de peso como en los estilos de vida que los condicionan.
- La tendencia de la prevalencia es de aumento de 1999 a 2011 y después comienza a descender hasta 2016; Málaga tiene un descenso de entre el 11.8 %. Estos descensos también registran desigualdades ya que se producen en las clases medias y altas y no en las más desfavorecidas.
- El 89% de la población tiene una actividad física habitual o trabajo sedentario y ha ido en aumento progresivo con los años; siendo más frecuente en mujeres (91,8%) y a mayor edad. El 89.3% jóvenes de 16 a 24 años son sedentarios en su actividad o trabajo.

- El 38% de la población andaluza mayor de 16 años no practicaba ejercicio físico en su tiempo libre, más en mujeres (41,8%).
- En Málaga el 86,7 % de su población tiene sedentarismo en el trabajo o actividad habitual (segunda provincia con menor cifra) y un 43,1 % también son sedentarios en su tiempo libre (segunda provincia más sedentaria en su tiempo libre).
- Más sedentarios en el trabajo y menos en tiempo libre: los niveles socioeconómicos superiores.
- En Andalucía, tendencia en aumento del sedentarismo en trabajo y tiempo libre desde 2007 a 2016. De los 45 a 64 años es donde fue mayor el aumento de personas que no realizaron ningún ejercicio físico en su vida habitual, trabajo o tiempo libre.
- La proporción de población andaluza que toma fruta y verdura a diario está por debajo de las recomendaciones saludables y Málaga está muy por debajo de la media andaluza.
- Con respecto el consumo recomendable de legumbres, aunque está por encima de la media española, todavía es escaso el porcentaje de población que lo realiza.
- El consumo de dulce es menor que en España, pero casi un 22% de los andaluces los consumen a diario.
- El consumo de refrescos azucarados diario es alto y casi dobla el de España y comida rápida (más de 1 vez a la semana) es muy alto.
- **Desde los Centros de Salud de Estepona y La Lobilla se trabaja estos determinantes pero dado los patrones de morbimortalidad del municipio, donde sus principales causas son prevenibles y evitables y están fundamentalmente afectadas por hábitos y patrones de alimentación, sedentarismo y falta de actividad física poco saludables (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, tumores...) es imprescindible implementar estrategias intersectoriales para la mejora de sus estilos de vida saludables, el control del peso corporal y creación de entornos y ambientes favorables que los faciliten (dieta mediterránea, vida activa).**

● TABACO

- **TABACO en MAYORES DE 15 AÑOS:**

CONSUMO DE TABACO: En España y en Andalucía la prevalencia de fumadores diarios ha ido descendiendo. 22.6% de andaluces fuman, (22.1%). Fuman más hombres que mujeres. Más en edades de 25 a 54 años.

Fuman más las personas con estudios secundarios, las que tienen rentas más bajas y las de clases más desfavorecidas.

Ha disminuido el número de cigarrillos diarios.

Málaga es la provincia de Andalucía con menos fumadores diarios.

INTENTOS PARA DEJARLO: Más frecuente en: mujeres, personas con estudios universitarios y los que tienen mayores ingresos y las clases sociales más altas. Menos intentos en los más jóvenes.

El 36% de la población malagueña ha intentado dejar de fumar.

Las personas exfumadoras han aumentado en número en la última década, más hombres que mujeres. La tendencia tiende a estabilizarse, pero las mujeres parece que el número se desacelera en los últimos años.

EXPOSICION AL HUMO DEL TABACO en el hogar: afecta al 26% de la población andaluza, más mujeres que hombres y más, los jóvenes. La exposición al humo disminuye según aumenta la edad. Los más expuestos, los que tienen estudios secundarios (28,6%) y los que menos los de estudios universitarios

(21%). Hay menos personas fumadoras pasivas entre las que tienen rentas inferiores a 1.000€ (25,6%). Y hay más entre las clases sociales más desfavorecidas (26,9%),

En Málaga la exposición al humo ambiental de tabaco en el hogar afecta al 28.8% de la población.

MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR: los más frecuente fueron los motivos personales (más por decisión propia que por molestias causadas por el tabaco).

En Málaga el 30% de las personas fumadoras manifiestan haber abandonado el consumo de tabaco por consejo médico. Es la provincia con mayor número de fumadores que realizan intervenciones sanitarias intensivas para dejar de fumar.

- **TABACO Y ADOLESCENTES Y JOVENES:**

CONSUMO DE TABACO: Prevalencia del 32.9% para Andalucía, más las chicas que los chicos. Comienzan a fumar antes los chicos y los de menor nivel de estudios e ingresos, los más desfavorecidos.

Málaga es una de las provincias en las que se comienza antes a fumar (16.7 años) y la que tiene además valores más altos de fumadores pasivos de fin de semana.

EXPOSICION AL HUMO DEL TABACO: más frecuente en fin de semana que durante la semana.

TIPO DE PRODUCTO CONSUMIDO

- **CIGARRILLOS:** Los más consumidos los cigarrillos de cajetilla 77%,
- **CIGARRILLOS ELECTRONICOS** (vapeadores): tendencia de consumo ascendente. El 22% de los chicos de 14-18 años los ha fumado en el último año. Más los chicos que las chicas y más a mayor edad.

La mayoría de los que han fumado cigarrillos convencionales reconocen también haber vapeado.

Solo un 8.5% lo hicieron para reducir el consumo de tabaco.

El tipo de cartucho más usado entre los estudiantes son los que no contienen nicotina (60,7%) que también es el más usado también por los no fumadores de tabaco. Conforme aumenta la edad aumenta la preferencia por los cartuchos con nicotina.

- **CACHIMBAS:** En los jóvenes destaca el consumo de cachimbas (40.5%). El 18.3% de adolescentes entre 15-18 años afirma haber fumado cachimba alguna vez en el último mes.
- **TABACO Y CANNABIS:** El Tabaco mezclado con cannabis, tiene una prevalencia de consumo en los últimos 30 días del 86.4% en chicos y el 89.2 en chicas.

El 78,7% de los estudiantes que declaran haber consumido cannabis alguna vez en su vida, también han fumado cigarrillos electrónicos en algún momento.

PERCEPCION DEL RIESGO

Los alumnos que han vapeado alguna vez tienen una percepción de riesgo más baja en el consumo de tabaco y cannabis, respecto a los que nunca han usado cigarrillos electrónicos.

Los estudiantes que han utilizado cigarrillos electrónicos en alguna ocasión creen que el acceso a sustancias como el tabaco o el cannabis es sencillo, en comparación a que aquellos que no han vapeado nunca.

Entre los que nunca han fumado cigarrillos electrónicos, hay una mayor creencia de que estas prácticas pueden acarrear problemas.

- **ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS FUMADORAS** en las UUGC DE Estepona y La Lobilla:

En Estepona, según la BPS (Base Poblacional de Salud) existe un riesgo incrementado de dependencia del tabaco respecto a población de referencia andaluza. La prevalencia es mayor en la UGC de la Lobilla (57,6) que en la UGC de EO (48). La UGC supera en 2021 la prevalencia del conjunto del D.S. CSol (50,2) y de Andalucía (44,9).

Hay que tener en cuenta que la UGC La Lobilla tiene menos población que atender que UGC ESTEPONA, pero un mayor registro de personas fumadoras y un mayor número de personas en deshabituación tabáquica atendidas (el 66.2% de las intervenciones registradas).

Ambas ofrecen una importante cartera de servicios y pertenecen a la **RED LOCAL DE ATENCIÓN AL TABAQUISMO DEL DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL** coordinándose en todo momento con los profesionales especializados del centro de comarcal de drogas del Ayuntamiento Estepona y a la **RED ANDALUZA DE SERVICIOS SANITARIOS Y ESPACIOS LIBRES DE HUMO (RASSELH)**, donde en el 2018 la UGC de la Lobilla alcanzó el Nivel de acreditación Plata, la más alta del Distrito.

9. VIOLENCIA DE GÉNERO

Analizando los datos disponibles de los partes judiciales por violencia de género emitidos desde el SAS en el municipio de Estepona en el periodo 2019-2021, podemos concluir que:

- Estepona representa el 15,42 % del total de partes judiciales anuales por violencia de género emitidos en el Distrito Costa del Sol.
- Del total de partes judiciales por VG emitidos, el 97,58 % corresponden al Dispositivo de Urgencias de Estepona y el 2,42 % restante al centro de salud de La Lobilla; por lo que hay que hacer un esfuerzo en diagnóstico precoz por parte de los profesionales de los centros de salud que atienden de forma habitual a la mujer y a sus hijos.
- Destacar la no emisión de partes judiciales por parte del centro de salud de Estepona que, en los 3 años analizados, no ha realizado ningún parte judicial por este motivo.

10. ÁMBITO AMBIENTAL Y ALIMENTARIO:

A. CONCLUSIONES CUALITATIVAS:

- En general, existe un control elevado de los establecimientos alimentarios de Estepona, haciéndose mayor si cabe en aquellos cuya repercusión sanitaria pueda ser mayor; como industrias de alimentos de origen animal, comedores colectivos, principalmente escolares y establecimientos de restauración colectiva.
- Por otro lado, el censo establecimientos alimentarios no se encuentra actualizado; existiendo gran variabilidad e inestabilidad en muchos establecimientos, principalmente en los minoristas y establecimientos de restauración, lo que genera que no se pueda disponer de información adecuada sobre el tipo y número de establecimientos reales en el municipio, ni con ello llevar un control sanitario adecuado.
- Los establecimientos con instalaciones de riesgo de Legionella están controlados, tienen los procedimientos muy interiorizados y desarrollados y en la mayoría de los casos llevan un control muy exigente de sus instalaciones.
- En relación, con las aguas de baño, no existen incidencias destacables, aunque se deberá valorar la posibilidad de realizar actuaciones centradas en la eliminación de algas o medusas, si fuera necesario. Por otro lado, es necesario seguir trabajando en la detección precoz y subsanación de problemas de saneamiento por roturas o vertidos ilegales con objeto de evitar la contaminación de las aguas de baño.

- Como ya hemos comentado, tanto por la calidad y cantidad del recurso hídrico; como por la infraestructura de la zona de abastecimientos el control del agua de consumo es complicado, generando numerosas incidencias y una absoluta dependencia de la ETAP de Río Verde y de Acosol como gestor de agua en alta.

B. RECOMENDACIONES DE MEJORA:

- En relación con los **establecimientos alimentarios**: La comunicación del Ayuntamiento a la Unidad de Protección de la Salud de aquellos establecimientos alimentarios que solicitan licencias de apertura garantizaría disponer de un censo más real y actualizado, incrementando con ello la cobertura de los establecimientos y los controles sanitarios que se le puedan realizar.
- En relación con el **agua de consumo humano**: deberían incrementar la búsqueda de recursos hídricos diferentes al agua de consumo, para uso en riego tanto de jardines como de campos de golf, con ello se podría disminuir de alguna manera la presión en el consumo de agua y la calidad de esta.
- Por otro lado, y también relacionado con el agua de consumo humano se recomienda que incrementen las actuaciones en la infraestructura de la zona de abastecimientos destinadas a incrementar la calidad de la misma; priorizando la conexión entre las diferentes redes de distribución, construcción de depósitos de mayor volumen que puedan distribuir agua a un número mayor de población y disminuya por otro lado los pequeños depósitos que se le exige construir prácticamente a cada nueva urbanización; generando un entramado complejo de instalaciones que no facilita la calidad del agua.

C. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS FUERTES:

- Cabe destacar como mayor punto fuerte la accesibilidad y el contacto tan cercano existente entre el Servicio de Salud del Ayuntamiento y la Unidad de Protección de la Salud de Estepona, lo que conlleva en todo caso, a una mejora en la calidad de las actuaciones y en el marco de actividades que se realizan de forma conjunta.
- Se pone en valor, como se comentó anteriormente las actuaciones realizadas por parte del Ayuntamiento en marco de la limpieza y desinfección de instalaciones de agua de consumo en cualquier obra de reforma o construcción de forma muy importante influyen en la calidad de agua de consumo humano y en la disminución de riesgo de proliferación de Legionella.

AUTORAS

Cristina Ramírez Paredes: Facultativo especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Epidemiología del Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol.

- Autora: Bloque 1 al 5 (Pág. 6 a 87) y Conclusiones (Pág. 167-174).

Esther Gala Oceja: Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnico de Salud, Servicio de Promoción y Educación para la Salud del Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol.

- Autora: Bloque 6 (Pág. 88-130) y Conclusiones (Pág. 175-177).

Auxiliadora Mesas Rodríguez. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud, Servicio de Promoción y Educación para la Salud del Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol.

- Autora: Bloque 6 (Pág. 131-161) y Conclusiones (Pág. 177-179).

Nuria Delgado Sánchez: Psicóloga. Técnico de Salud, Responsable de Violencia de Género y Presidenta de la Comisión de Violencia de Género del Distrito. Servicio de Promoción y Educación para la Salud del Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol.

- Autora: Bloque 7 (Pág. 162) y Conclusiones (Pág. 179).

Carolina Calero Castellano. Farmacéutica. Responsable Unidad de Protección de la Salud Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol.

- Autora: Bloque 8 (Pág.163-168) y Conclusiones (Pág. 179-180)